BULLETTINO

DELLE

SCIENZE MEDICHE

PUBBLICATO PER CURA

DELLA SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA

DI BOLOGNA

e compilato dai soci

Brugnoli cav. prof. Giovanni - Direttore

Bacchi dott. Alessandro
Belluzzi dott. Cesare
Capuri dott. Antonio
Gamberini cav. prof. Pietro
Giovanini dott. Antonio
Golinelli dott. Leopoldo
Rizzoli prof. comm. Francesco
Vella prof. cav. Luigi
Verardini cav. dott. Ferdinando

Anno XLIV. Ser. V. Vol. XV.

Giugno 1873

(pubblicato li 30 Luglio 1873)

BOLOGNA
Tipi Gamberini e Parmeggiani
1873

INDICE DELLE MATERIE

CONTENUTE

NEL FASCICOLO DI GIUGNO 1873

MEMORIE ORIGINALI

RENDICONTI ACCADEMICI

ACCADEMIA DELLE SCIENZE DELL' ISTITUTO DI BOLOGNA

Memorie Originali

—

ASCESSO EPATICO O PERI-EPATICO GUARITO COLLA APERTURA ARTIFICIALE. — Storia e considerazioni del Socio res. Dott. CESARE BELLUZZI Medico-Chirurgo Primario della Maternità di Bologna.

Avendo avuto occasione di curare un' infermo affetto da vastissimo ascesso epatico, che lo condusse agli estremi della vita e guarì poi perfettamente mediante l'apertura artificiale, stimo non sia inutile che io esponga quel fatto, curando i medici con molto interesse la statistica degli esiti di tali ascessi trattati chirurgicamente o lasciati a se, ed essendovi ancora discrepanza di pareri intorno a vari punti di sì interessante argomento.

Ed invero varie sono le opinioni degli Autori circa la convenienza o meno di aprirli artificialmente; il *Frerichs* crede che l' ascesso del fegato quando protubera all' esterno debba assolutamente aprirsi, il *Budd* invece consigliava di lasciarne alla natura l' apertura spontanea. Sono dell' opinione del primo l' *Amantea*, il *Palasciano*, il *Cantani*, il *Porta* e vari altri eminenti chirurghi nostri; del parere del secondo fra gli altri è il *Ranal Mar-*

tin che ha esercitato medicina ai Tropici, ove la malattia è frequente (1).

In generale però prevale la prima opinione, giacchè lasciando a se tali ascessi il loro svuotamento (ancorchè avvenga spontaneamente) è quasi sempre seguito da morte, sia che la marcia si faccia strada nella cavità della pleura o penetrando nel pulmone esca mediante la via dei bronchi, sia che passi nella cavità peritoneale, nello stomaco o negli intestini, perchè la continuata suppurazione estenua l'infermo (2). E se anche l'ascesso tenda ad aprirsi verso la superficie del corpo, quantunque sieno già avvenute aderenze fra l' esterno di quello e le pareti addominali vi è a temere grandemente per la vita dell' infermo, giacchè il lungo tempo richiesto per compiersi un tale processo, fa sì che l' individuo deperisca in modo che lo svuotamento delle marcie non basta a salvarlo. Donde ne viene anzi che gli esiti fortunati delle operazioni saranno maggiori ove sieno fatte con certa sollecitudine.

Ma fra quegli autori medesimi che sono per l' apertura artificiale, è poi diversa l' opinione circa al processo o metodo da seguirsi, la quale diversità dipende specialmente dalla importanza diversa che si annette alle aderenze dell' ascesso colle pareti addominali. Intorno alle quali è a dirsi che molti le credono necessarie, perchè sia ovviato alla possibilità dello spandimento delle marcie nel cavo peritoneale, causa di peritonite quasi certa-

---

(1) Ebdomadario Clinico anno 1862-63-64 pag. 495.

(2) Vedi il lavoro del Dott. *J. Arnould* sull' ascesso ed infarcimento del fegato e della milza nella Gazette Médicale de Paris anno 1872; come pure vedi il lavoro del Dott. *Corazza* nella Rivista Clinica dell'anno 1869.

mente mortale; e perciò questi non usano il trequarti, il bistorì o la lancetta che in quei casi nei quali credono avvenute dette aderenze, ricorrendo al caustico nel caso contrario (1). Quelli che ritengono utili le suddette aderenze, ma che fanno assegnamento anche sulla pressione dei visceri circostanti all' ascesso, come il *Rizzoli*, usano meno frequentemente del caustico.

Il *Palasciano* che ha trattato estesamente *delle precauzioni raccomandate nella apertura degli ascessi epatici*, nella lettera diretta al ch. nostro *Rizzoli*, pubblicata nel suo *Archivio di Chirurgia pratica*, Vol. 8 e 9 (anno 1870-71), accorda grande importanza a tali aderenze, e mostra anche con fatti importantissimi quanto sia difficile stabilire con sicurezza quando desse sieno avvenute; accenna alla pratica degli antichi nell' apertura di questi ascessi, consistente nell' adoperare un bistori rovente onde aprirli, e soggiunge « che se un metodo solo dovesse avere la preferenza su tutti i metodi possibili di evacuar le marcie del fegato, quest' uno sarebbe costituito dall'apertura con lo scalpello infuocato; » e ciò specialmente: 1° per la più sollecita e sicura produzione delle aderenze fra il peritoneo parietale ed il viscerale; 2° per premunire al pari dei caustici fino ad un certo punto dalla infezione putrida e purulenta; 3° per guarentire dalla risipola e dalla flebite; 4° per effettuare

---

(1) In un caso di ascesso vastissimo del fegato da acefalocisti che ebbi a curare nel 1858 in certo Sig. N. Vallini, ridotto allo stato il più disperato, non essendovi sufficienti indizi di avvenute aderenze fra il medesimo ascesso e le pareti addominali corrispondenti, usai il metodo di *Recamier*, e ne ottenni perfetta guarigione; il quale caso descrissi in una Memoria letta all' Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna e pubblicata nelle sue Memorie Vol. 10, anno 1860, pag. 171.

più sollecitamente dei caustici l' evacuazione delle marcie, che è lo scopo precipuo dell'operazione. Tale metodo poi oggi l' Autore stesso lo ritiene ancor meglio applicabile, potendosi usare dell' anestesia (1).

Nella medesima lettera il *Palasciano* riporta casi importantissimi di ascessi epatici curati felicemente secondo le esposte massime da lui stesso, dall' *Amantea* e da altri. Con tutto ciò egli non disconosce l' importanza della pressione dei visceri circostanti all' ascesso epatico, sulla quale fece assegnamento il *Rizzoli* in alcuni casi relativi, e che accennò nella risposta all' illustre chirurgo napoletano, la quale venne pubblicata nello stesso giornale (2); poichè il *Palasciano* mostrò di valutarla, riportando in appoggio dell' utilità che dalla medesima può derivarne uno caso di puntura ad una cisti ovarica (3) nel quale non erano ancora stabilite aderenze fra dessa e le pareti ventrali, ed in cui avvenne la guarigione.

Ma quantunque sia diversa l' importanza accordata dai chirurghi alle aderenze più volte nominate, nessuno ch' io mi sappia, le aveva giudicate dannose, la quale opinione ci è venuta di recente dall' America. Il *Ramirez* medico esercente nel Messico (ove gli ascessi epatici sono frequenti) nel 1867 al Congresso Medico internazionale di Parigi, esternò l' idea che le aderenze del fegato colle pareti addominali, in certe circostanze almeno, lungi dal riescire utili divengano affatto contrarie alla guarigione, pel motivo che una porzione della cavità morbosa rimane inferiore all' apertura, e non può contrarsi

---

(1) Vol. 8 pag. 74.

(2) Vol. 9 pag. 9 (anno 1872).

(3) Vedi l' annotazione alla citata lettera, Volume e pagina suddetti.

e rimanere abolita continuando così la suppurazione indefinitamente. La quale idea sarebbe nata in lui dall'avere osservato due fatti nell'anno antecedente (1866) di ascessi epatici, nei quali esistendo le aderenze svuotò l'ascesso col trequarti, e ad onta di ciò il pus continuò a scolare e gli infermi soccombettero. Oltre ai quali osservò un terzo fatto, in cui le aderenze fra la parete dell'ascesso e la toraco-addominale esistevano dalla clavicola fino all'ombellico e ad onta di ciò il risultato fu il medesimo. In un quarto caso, operato colla pasta di Vienna, dopo 5 o 6 mesi la fistola dava passaggio al pus di una cavità ridotta bensì, ma non cicatrizzata (1).

La quale idea del *Ramirez* non sembra abbastanza comprovata dai fatti da lui citati. Considerandoli infatti alcun poco, potrà dirsi veramente nei tre primi che la morte sia avvenuta in causa delle aderenze nate fra l'esterno del tumore e le pareti sovraposte? O non sarà invece da attribuirsi alla gravezza dell'ascesso? Nel 3° specialmente di quei fatti che si riferisce ad un ascesso di una grandezza straordinaria, estendendosi le aderenze del medesimo dalla clavicola fino all'ombellico non potranno all'esito letale ottenutosi avere influito altre circostanze gravissime, fra le quali la compressione del pulmone destro, e l'alterata ematosi susseguente alla compressione stessa, e il deperimento dell'individuo sottoposto da lunga data a così grave malattia?

Il 4° fatto poi nel quale dopo 5 o 6 mesi dalla praticata puntura esisteva pure una fistola nel luogo di quella, depone meno degli altri contro le aderenze nominate, giacchè la guarigione può essere avvenuta più tardi, e in un gravissimo ascesso del fegato la guarigione otte-

(1) Archivio citato Vol. 8, N. 9, pag. 265.

nuta anche dopo 7 od 8 mesi non è un esito sfavorevole.

I fatti adunque riferiti dal *Ramirez* sono troppo pochi, per dare valore all' idea che ha esternato sull' influenza talora sfavorevole delle aderenze negli ascessi epatici per la loro guarigione, ma ammesso pure che le medesime fossero qualche volta di ostacolo alla coartazione delle pareti dell' ascesso, non ne discende che l' apertura sia dannosa, e che lasciati a se quegli ascessi avessero dato un esito più fortunato. Altro è infatti che le estese aderenze non sieno favorevoli alla cicatrizzazione, altro è che controindichino l' apertura chirurgica; ammesso quindi che l' osservazione del *Ramirez* venga appoggiata da altri e numerosi fatti, condurebbe solamente a sollecitare l' apertura artificiale dei medesimi, onde evitare che le aderenze si stabiliscano in troppo grande estensione.

Il soggetto di questa storia è un cliente ed amico mio ad un tempo, che ebbi a curare sulla fine dell'estate 1871, l' Ing. Antonio Fabbri di Bologna. Contava egli allora l' età di 46 anni; di buona derivazione, aveva vissuto in eccellente salute fino all' età di 25 anni e cioè fino al 1848, in cui avendo preso parte alla guerra della nostra indipendenza, ascrittosi al battaglione di guardia nazionale mobilizzato bolognese, comandato dal colonello Bignami, dovette dopo il fatto di Mestre e durante l' assedio di Venezia rimanere lungamente di guarnigione al forte di Marghera, nel quale, come è noto, quasi tutti contrassero febbri intermittenti gravissime, come avvenne a lui pure. Di quelle febbri finchè rimase a Venezia non potè rimanere libero che pochi giorni repplicandosi non poche volte.

Tornato a Bologna nell' Ottobre 1848, fu invitato a curarlo il ch. Sig. Prof. *Benfenati* che era medico della

famiglia, e per dare un' idea della gravezza di quelle febbri e delle lesioni che dovevano esistere ai visceri ipocondriaci, dirò solo che stette quasi continuamente in letto per circa 7 mesi. Si andarono quindi dopo la guarigione ripetendo in lui, come in non pochi de' suoi compagni accessi intermittenti febbrili, quantunque a lunghi intervalli di distanza, intervalli che andarono man mano aumentando. Rimase altresì dopo d' allora per molto tempo proclive ai catarri bronchiali, nè riacquistò più perfettamente il colorito e la freschezza primitiva. Per tali motivi appunto dal 1849 in poi si portò per vari anni nell' estate a Riolo onde bervi quelle acque marziali, dalle quali tornava migliorato nella nutrizione e nel colorito. Era poi passato non poco tempo, dacchè non vi era accorso, quando dietro mio consiglio si decise nell' anno 1871 a recarvisi di nuovo; ma ivi non osservò quei riguardi e quel riposo che avrebbe potuto, giacchè il 23 Luglio, nelle ore più calde, di giornata caldissima, in compagnia di alcuni amici, fece una gita a piedi su di un monte altissimo (Montemaggiore) e giunto sulla cima del quale, assai sudato, avvertì una sensazione molesta dal vento che vi dominava fortemente.

Tornato a Bologna quivi pure fece qualche strapazzo, per frequenti gite ad una sua campagna in ore calde, e rimanendo giornalmente per non poche ore al sole, esponendosi quindi a raffredamenti del corpo nel ritorno in città in legno scoperto ed in ore meno calde, finchè nel 21 Agosto, dopo aver fatto una colazione piuttosto pesante, fu colto da freddo, da nausee, da senso di dolore gravativo all' ipocondrio destro estendentesi anche alla regione dorsale di quel lato, per cui fu costretto porsi in letto. Avvertito sollecitamente io lo vidi poche ore dopo; il freddo era passato, ed al medesimo era su-

bentrato forte calore, decombeva in posizione supina, e tale positura era per lui forzata trovandosi così spossato da non poterla cambiare affatto. Alla parte destra ed alta del ventre poi eravi notabile tumidezza; la febbre si fece continua, con sete intensa, urine scarse e rossastre, mostrando insomma i sintomi di *epatite* o *peri-epatite* con diffusione della flogosi al peritoneo di buona parte della regione addominale destra, come lo dimostrarono altresì i successi essudati, quantunque il dolore che si manifestò al medesimo non fosse come per solito molto acuto. Mancava poi allora come mancò in seguito l' itterizia e il dolore consensuale alla spalla destra.

Accingendomi alla cura di questa malattia pensai naturalmente all' elemento causale, il quale appariva manifesto nelle cause reumatizzanti alle quali si era esposto ripetutamente, e cioè la faticosa salita a Montemaggiore di Riolo, e successivo raffreddamento del corpo risentito alla cima del Monte per lo spirare di forte vento; insolazioni e raffreddamenti successivi cui si espose tornato a Bologna, come dissi. Con che però non intendo di escludere che un intimo cangiamento nella tessitura del viscere epatico non abbia servito di causa disponente a far ammalare dietro le citate cause reumatizzanti piuttosto il fegato che altro viscere o parte del suo organismo.

Dietro tale concetto diagnostico applicai mignatte ripetutamente in corrispondenza della parte dolente ed ai contorni dell' ano, feci uso di cataplasmi amollienti sul ventre, non che di pomata di belladonna, e propinai bevande rinfrescanti. Nel 5° o 6° giorno la febbre mantenendosi continua cominciò a presentare periodiche esacerbazioni vespertine precedute da freddo, per cui ricorsi all' uso del bisolfato di chinina, cui aggiunsi la polvere del *Dower*, essendo sopraggiunta tosse per catarro bron-

chiale denso ed abbondante; l' antiperiodico però come era da aspettarsi non giovò quasi affatto. Nel 2° settenario l' acutezza del processo flogistico era scemata, ma non vinta, giacchè si formarono degli essudati peritoneali plastici dal lato destro del ventre verso la regione inguinale; la percussione poi trovava l' ottusità epatica notabilmente accresciuta; si innalzava nel torace destro un 5 o 6 centimetri e più assai estendevasi in basso verso l' addome; l' ascoltazione trovava rantoli bronchiali diffusi ad ambo i pulmoni ma più pronunziati a destra; lo stato grave dell' infermo non permetteva di fargli cambiare posizione onde conoscere se i dati della percussione specialmente variavano al variare della medesima, tuttavia quest' esame mostrava abbastanza, che oltre l' esistenza della bronchite, il fegato era ingrandito notabilmente, sicchè in alto spostava il pulmone e in basso portavasi verso l' inguine destro, rendendo tumida la metà corrispondente dell' addome.

In seguito ponendo l' infermo sul fianco sinistro si vedeva a destra della colonna vertebrale nella regione dorso-lombare una rilevatezza, sulla quale la pelle era lucida, e nella quale si cominciò ad avvertire della elasticità. Alla febbre vespertina poi, alla tosse, alla inapettenza si aggiunse la diarrea, la quale manifestavasi specialmente se l' infermo decombeva sul lato destro; s' aggiunse pure l' insonnio a rendere più grave lo stato dell' infermo, non che un dolore alquanto molesto alla cresta dell' ileo destro, che esacerbava alla pressione, dovuto alla pressione dell' ascesso.

Oltre i sintomi razionali di un ascesso epatico o periepatico sendente a fare sporgenza alla regione dorso-lombare destra, oltre i dati della percussione, si aveva ora più distinta fluttuazione nella tumidezza accennata, che si era fatta anche edematosa; carattere che indica per

molti chirurghi la tendenza dell' ascesso di portarsi all' esterno e probabilmente anche alle avvenute aderenze fra l' esterno dell' ascesso e le parti sovraposte. In tali gravissime condizioni la morte purtroppo non poteva tardare a sopravvenire, se non veniva tentata la cura chirurgica, la quale ora era ammissibile perchè la fluttuazione quantunque profonda era abbastanza manifesta. Dessa poteva forse salvare l' infermo mentre l' apertura spontanea all' esterno era anche lungi dal potere sperarsi, e l' interna sappiamo quanto sia da temere.

Consultato il ch. Prof. *Rizzoli* il 3 Ottobre 1871, essendo l' infermo in letto da 43 giorni, trovò abbastanza manifesta la fluttuazione dell' ascesso, il quale si faceva più sporgente alla regione lombare premendo sulla tumidezza descritta del ventre, quindi giudicò anch' egli trattarsi di un ascesso epatico o peri-epatico, consecutivo ad epatite acuta associata a peritonite, della quale erano manifesti gli essudati che descrissi superiormente. Le cause manifestamente reumatizzanti che avevano preceduto la malattia, i sintomi offerti e il decorso rapido non lasciavano dubbio trattarsi di un ascesso acuto, tuttavia si esaminarono attentamente le coste e la spina dorsale che non si trovarono dolenti in alcun punto, per cui si potè escludere trattarsi anche di carie consecutiva di tali ossa; come poteva escludersi all' ileo essendo il dolore del medesimo comparso da poco tempo. Giudicando il caso assai grave, credeva però che se vi era mezzo di salvare l' infermo, non consisteva che nella più sollecita apertura dell' ascesso.

Si procedette subito nel dì successivo, 4 Ottobre, alla operazione. Collocato l' infermo sul fianco sinistro esposto alla viva luce di una vicina finestra, presente il collega ed amico Dottor *F. Collina*, parente dell' infermo, ed assistito gentilmente dal chiarissimo Professor *Fran-*

cesco Rizzoli, praticai una incisione col bistorì nella parte più sporgente della tumidezza, a destra della regione lombare dirigendola obliquamente dall' alto al basso ed all' esterno; tagliai i grossi muscoli sottoposti approfondando il bistorì fino a penetrare nell' ascesso. Sgorgò subito con impeto un grosso flotto di marcia densa, rossastra, fetente, fino a riempire un grande catino da mano; si dilatò l' apertura esterna per favorire la libera uscita delle marcie ed impedire il loro ristagno; e colle pressioni fatte sulla tumidezza dell' addome si facilitò lo svuotamento dell' ascesso; entrando poscia con un dito per l' ampia apertura praticata si scorreva sulla faccia concava del fegato e si potevano esplorare comodamente le ultime costole e la cresta dell' ileo che si trovarono intatte, coperte del loro periostio, rilevando che il punto dapprima dolente dell' osso ileo non lo era più, il che confermò quel dolore non derivare da carie, ma da compressione dell' ascesso; le marcie estratte si valutarono circa 3 kili.

Il taglio eseguito esternamente era lungo centimetri 9, incominciava superiormente alla regione delle ultime coste a destra, 5-6 centimetri distante dai processi spinosi, dirigentesi obliquamente in basso ed all' esterno, siccome ho detto, e terminando inferiormente alla distanza dai processi medesimi 13 centimetri.

Si medicò l' infermo per alcuni giorni, 3 volte nelle 24 ore, tanta era la copia delle marcie, le quali dopo un settennario erano di molto diminuite, e lo stesso Prof. *Rizzoli* che rivide allora l' infermo fece un pronostico piú favorevole dell' antecedente. In seguito andò il Fabbri sempre migliorando fino al 20° giorno nel quale comparve una risipola presso la ferita accompagnata da disturbi del tubo digerente, la quale sperpeggiò pel dorso, terminando in un settennario. Superata questa e ridotta

a poca cosa la suppurazione l' infermo si trovò liberato da sofferenze, tranne che trovavasi molto dimagrito. Dopo un mese dall' operazione potè rendersi la dieta più abbondante, e aggiungere un poco di vino. Nel 12 Novembre la piaga era assai ristretta ed il 15 potè alzarsi dal letto, dopo 38 giorni dall' operazione, chiudendosi in breve del tutto l' apertura praticata; correndo però la stagione invernale tardò un' altro mese circa ad uscire di casa; l' infermo andò quindi sempre più migliorando, tanto che riprese una nutrizione assai florida e non sofferse più, fino ad ora, alcun disturbo di salute.

Terminata l' esposizione di questo fatto importantissimo, oltre le considerazioni che lo hanno preceduto, aggiungerò due brevi riflessioni sul metodo operatorio seguito e sulla qualità delle marcie estratte. Quanto al metodo, si preferì in questo caso una larga apertura, perchè dessa fosse proporzionata alla grandezza dell' ascesso e potesse il medesimo svuotarsi facilmente e le sue pareti coartarsi con rapidità; e perchè lo stato dell' infermo era grave e conveniva agire prontamente onde vedere di salvarlo. D'altronde l'edema dei tegumenti sovrapposti all' ascesso, e la loro pastosità facevano ritenere avvenute le desiderate aderenze fra le pareti dell' ascesso e le addominali. L' edema dei tegumenti sopra l' ascesso epatico indica anche, a seconda del *Cantani*, le avvenute aderenze del medesimo col peritoneo. Che se non fossero per avventura già stabilile la posizione nella quale si praticava l' incisione, allontanava il pericolo che le marcie dall' interno dell' ascesso si spandessero nella cavità addominale, ottenendosi nel mio caso, decombendo l' infermo necessariamente sulla apertura artificiale, ciò che viene consigliato e ottenuto con sacrifizio sommo, quando l' apertura dell' ascesso venne praticata nella pa-

rete anteriore dell'addome. Il trovarsi l'apertura nel mio caso nel punto declive dell'ascesso e nel posto sul quale l'infermo doveva decombere fu una circostanza favorevolissima e piuttosto rara, trovandosene pochi esempi.

Uno di questi ascessi, quantunque assai più piccolo, esternatosi alla regione dorso-lombare e guarito mediante l'apertura chirurgica, trovasi pubblicato nel *Raccoglitore Medico di Forlì* (Ser. 3, Vol. 23, pag. 289) e appartiene all'onor. Sig. Dottor *Giommi*, veduto pure dall'onor. collega Sig. Dott. *E. Galvagni*.

Un altro caso è riferito dall'*Alger Médical* ed è riportato nella *Gazette des Hopitaux*, 24 Giugno, anno corrente. Si tratta di un ascesso epatico, che si presentò alla regione posteriore delle ultime coste a destra, nel qual sito fu fatta la puntura col trequarti. In questo caso le marcie avevano emigrato dal loro posto primitivo ed erano passate nella cavità del torace; ad onta di ciò avvenne la guarigione.

Ma oltre la posizione favorevole dell'apertura dell'ascesso che allontanava il pericolo del passaggio delle marcie del medesimo nella cavità del ventre, la pressione dei visceri e delle pareti addominali tanto saggiamente valutate dal *Rizzoli* in simili casi, non avrebbero mancato di spiegare qui pure la loro benefica influenza. In pochi giorni infatti quel vastissimo ascesso svuotandosi liberamente si ridusse piccolissimo, le pareti si coartarono e quindi rimase abolita la sua cavità, dando luogo a sollecita guarigione. Si preferì quindi di praticare l'incisione alla regione *dorso-lombare* piuttosto che dal lato dell'addome ove pure sporgeva l'ascesso, perchè oltre che quella parte era più favorevole, come dissi, allo svuotamento dell'ascesso, dalla parte dell'addome non eranvi indizi di avvenute aderenze.

Finalmente richiamo la vostra attenzione, Onorevoli Accademici, sopra il giudizio di un Autore moderno stimabilissimo, il *Niemeyer*, riguardante il pronostico di simili ascessi, desunto dalla qualità delle marcie, perchè sembrami meritevole di essere preso in considerazione e sottoposto alla riprova dei fatti, onde venga stabilito quanto vi sia di vero nel medesimo.

Il citato Autore dice (1): « avendoci l' esperienza insegnato che più facilmente guariscono quelli ascessi del fegato, dai quali si vuotò un pus commisto a sangue ed a parenchima epatico distrutto, mentre quelli da cui uscì un pus buono e lodevole non guariscono quasi mai, bisogna tener per norma di incidere l' ascesso per tempo, prima che si sia in esso sviluppata una così detta *membrana piogenica* ». La quale opinione a me sembra paradossale; infatti ammesso pure che la membrana così detta piogenica modifichi in meglio il pus contenutovi, sarebbe pure da tener conto di quegli ascessi che si sviluppano alla superficie del viscere o peri-epatici, nei quali le marcie sono di qualità meno cattiva dei profondi, e che debbono guarire più frequentemente. Più consentanea alla ragione ed a quanto l' esperienza ci fa vedere in altri ascessi è la sentenza d' *Ippocrate* lasciataci in proposito ne' suoi Aforismi, Sez. 7, N. 45 secondo alcune edizioni, 46 secondo altre; che è la seguente: « Quorum hepar suppuratum aduritur, si pus purum fluxerit et album, evadunt, in tunica enim his pus continetur; si vero qualis amurca fluat, pereunt » (2).

——

(1) Patologia e Terapia speciale di *Felice Niemeyer* 2ª Ediz. della traduzione italiana sulla 6ª tedesca di *A. Cantani.* Vol. 2, Milano 1866.

(2) Giuramento e Aforismi d' *Ippocrate*. Firenze 1828 nella Stamperia Bodoniana.

Al quale proposito dirò di tenere per probabile avere voluto *Ippocrate* intendere colla parola *tunica*, la membrana esterna propria del fegato, non la membrana interna formatasi nella cavità dell' ascesso, come sembra abbia inteso il *De Vita* (1), avendo tradotto quel vocabolo nella parola *sacoccia*; nel quale mio parere sono confortato, osservando nella traduzione italiana dalla latina di *Nicolò Leoniceno* la parola *tunica* voltata nella parola *membrana del fegato*. Per cui piuttosto che chiamare curiosa l' osservazione di *Ippocrate* come fa il *Denonvilliers* (2), credo si possa dir tale quella del *Niemeyer* e non poggiata a bastante numero di fatti.

Mentre questo lavoro era sotto i torchi ho avuto occasione di osservare nella *Gazette des Hopitaux* 8 e 10 corr. Luglio, una lezione di *Demarquay*, raccolta dall' interno Dott. *Balzer*, nella quale viene lodato nella cura chirurgica delle cisti idatiche del fegato il processo di *Recamier*, al quale sono state dallo stesso *Demarquay* apportate alcune modificazioni, che io faccio brevemente conoscere.

Egli pratica una larga incisione di 7 o 8 centimetri superficiale e immediatamente applica nel fondo della piaga un pezzo di pasta di *Canquoin*, che copre con ovatta, e mantiene in sito mediante una larga striscia di diachilon, ed un fasciatore a corpo. Lascia applicato il caustico 24 ore, durante le quali fa una o due iniezioni ipodermiche di idroclorato di morfina, onde calmare il vivo

---

(1) Opere di *Ippocrate* tradotte sugli antichi testi stampati e manoscritti dal *Daremberg*, prima versione italiana del Dott. *Achille De Vita*. Firenze 1830 e 1869.

(2) Dictionnaire encyclopedique de Scien. Méd. Vol. 1, pag. 67. Paris 1865 all' articolo « ascesso ».

dolore che suole risvegliare, abbandona il distacco dell' escara alla natura; e ne replica le applicazioni finchè sente la fluttuazione manifesta, nel qual tempo penetra nell' ascesso col trequarti o col bistori, con una apertura molto larga perchè l' ascesso si svuoti prontamente e le pareti del medesimo si coartino. Quindi introduce nell' apertura una cannula in *caout-chouc* della quale si chiude l' orifizio con un turacciolo, che si leva più volte al giorno. Fa poi giornalmente 4 o 6 iniezioni di tintura di iodio allungata ad uguali intervalli, precedute ognuna da iniezione disinfettante colla tintura di eucalipto o di permanganato di potassa. A misura che la cisti si contrae si deve ritirare le cannula più volte al giorno alfine di permettere l' evacuazione delle membrane parassitarie, e nello stesso tempo si porrà una fasciatura all' addome per impedire la rottura delle aderenze nel momento della retrazione delle pareti della cisti. L' alimentazione usata è tonica.

Questa cura riesce assai lunga, e rare volte sarà concesso poter lasciare la caduta delle escare alla natura. Nella storia riferita nella suddetta lezione l'operazione fu cominciata il 27 Gennaio del corrente anno, furono fatte otto applicazioni successive del caustico, alla distanza dai 4 agli 8 giorni ogni volta, sicchè solo il 3 Aprile, e cioè dopo 35 giorni fu punto il sacco.

Nel caso del Vallini da me curato e citato in una nota di questo lavoro, alla pag. 403, feci in 3 giorni, 5 applicazioni di potassa caustica, che riescirono quasi senza dolore, incidendo ogni volta l' escara che era insensibile e aspostandola in gran parte, e dopo altri 3 giorni feci la 4ª applicazione del caustico e quindi penetrai nell' ascesso. Ad ogni modo la proposta di giovarsi delle iniezioni ipodermiche per calmare il dolore del caustico può essere abbracciata con utile degli infermi.

Intorno poi alla raccomandazione fatta dal *Demarquay* che l' apertura dell' ascesso sia ampia, mi permetto di osservare, all' appoggio dei fatti, che dessa potrebbe essere pericolosa in quei casi gravissimi, nei quali uno svuotamento troppo rapido dell' ascesso potrebbe cagionare, per istantanea cessata compressione sui vasi sanguigni, una sincope mortale. Nel caso del Vallini, da me citato, quantunque l' apertura non fosse ampia, pure un giorno per essere uscito dalla cisti liquido più dell'ordinario, l' infermo venne preso da gravissimo deliquio; per cui nei giorni appresso cercai di limitare tale uscita o lasciando che qualche vescica di echinococco si impegnasse nell' apertura o sovraponendo un cataplasma all' apertura. Nella mia Memoria sono citate due osservazioni del *Cruveillier*, nell' *Enciclopédie des Sciences médic. Venise 1839*, *Vol. 1*, *pag. 270*, nelle quali lo svuotamento rapido della cisti probabilmente non fu estraneo all'esito infelice che ne seguì sollecitamente.

SULLO SCROSCIO SCAPOLARE. — Nota del Socio res. Dott. ERCOLE GALVAGNI Medico Primario degli Spedali di Bologna.

Sotto questo nome va inteso uno speciale rumore, a mia notizia non ancora descritto, che rilevasi in alcune circostanze applicando la palma della mano sulla regione scapolare, e spesso anche coll' orecchio a qualche distanza, nell' atto che l' individuo fa eseguire alla scapola moti alternativi di innalzamento e di abbassamento. Io mi posi allo studio di questo fenomeno singolare nel principio del decorso 1872, quando mi accadde d' incontrarlo, nello Spedale Maggiore, in un caso di antica pleurite con rile-

vante depressione del torace; ed ebbi la buona ventura di verificare l'aggiustatezza della prima ipotesi in un secondo individuo, egualmente affetto da antica pleurite, venuto più tardi a morire. Quasi nel contempo essendo capitata nello stesso Spedale una ragazza, affetta invece da crampo delle cucitrci, la quale pure presentava il medesimo rumore, tentai di ricondurre l'interpretazione del fatto sotto il medesimo punto di vista, ed ora lo faccio con tanta maggiore asseveranza, inquantochè la necroscopia eseguita ultimamente nell'individuo sopranotato mi ha tolto alcuni dubbi che altrimenti mi sarebbero rimasti.

Seguendo l'ordine cronologico, che nel caso speciale parmi anche il più conveniente per la dimostrazione, narrerò dapprima i due casi su cui non può cadere obbiezione, per finire poi col più discutibile, all'appoggio del quale verranno esposte tutte quelle considerazioni, che valgono ad avvicinarlo agli altri rispetto all'interpretazione del fenomeno di cui mi occupo.

CASO I. — *Deformazione del torace sinistro da pregressa essudazione pleuritica; scroscio scapolare dallo stesso lato.*

Marescalchi Silvio di Bologna, d'anni 29, suonatore di strumento da fiato, è di derivazione cattiva, essendo morti il padre e quattro fratelli di tisi polmonare. Egli però non ebbe mai malattie gravi nella fanciullezza e nella prima gioventù, e solo alcune infezioni veneree (ulceri, blennorragie). Arruolatosi nell'età di 19 anni come suonatore nel nostro esercito, dopo quattro anni contrasse una pleurite sinistra ad essudato sieroso, che lo trattenne due mesi all'Ospitale, e per la quale poscia

fu mandato in licenza a casa propria onde rimettersi in salute. Durante la lunghissima convalescenza egli si accorse un giorno di un rumore che producevasi nel muovere la spalla sinistra, rumore che grado grado venne crescendo d' intensità. Congedato infine dalla milizia, nel 1868, dopo qualche tempo riprese il suo mestiere di suonatore nel nostro Teatro e nella Banda Municipale, suonando però i timpani, e così continuò in discreto stato di salute e senza molestie gravi, all' infuori di un leggier grado di tosse senza escreato, rimastagli in seguito della pleurite, tosse che durò fino al 1870. Ora sta benissimo, sebbene magro e pallido in viso.

Presentatosi allo Spedale come ambulante nel principio del 1872 per consultarmi sullo strano rumore sopraindicato, riscontrai il torace sinistro quasi affatto immobile, e fortemente depresso nella regione sopra e sotto clavicolare; l' estremità esterna della clavicola più bassa che a destra, e più sporgente sotto la cute; la parte inferiore antero-laterale della cassa toracica, dalla 8ª costola fino all' arco costale, formante una protuberanza, che seguiva la direzione obliqua delle costole, e più prominente in avanti, dove le cartilagini di prolungamento delle ultime coste si riuniscono assieme per attaccarsi allo sterno; la papilla mammaria sinistra più alta della destra e più prossima allo sterno. Posteriormente la scapola sinistra appariva come staccata dal torace, massime nella sua parte inferiore, talchè di leggieri vi si potevano insinuare sotto le dita dal basso all' alto; la colonna nella regione dorsale dolcemente incurvata, con convessità a destra e col massimo della curva a livello di una linea tirata a circa tre dita trasverse al di sotto dell' angolo inferiore della scapola sinistra, che era più basso della destra; gli archi costali non aveano più la loro curva normale, ed invece presentavano un angolo ottuso cor-

rispondente ad una linea che partendo dalla parete posteriore dell' ascella volgesse obliquamente in basso ed in avanti. Alla percussione a sinistra lieve ottusità, più pronunziata in addietro ed in basso. All'ascoltazione respiro nullo in alcuni punti, indeterminato in altri, con qualche incerto rantolo mucoso all' apice del pulmone sia davanti che di dietro. Il torace destro non offriva alcuna anomalia all' esame fisico.

Nell' atto che il Marescalchi muove la scapola dal basso all' alto e dall' interno all' esterno, e viceversa, tenendo anche il braccio immobile, osservasi che l' angolo inferiore della scapola si applica strettamente sulla parete toracica, cangiando così alquanto l' inclinazione del suo piano, e nel tempo stesso si ode a distanza uno scroscio e si percepisce col tatto un fremito aspro come di due superficie con parecchi rialzi striscianti l' una sull' altra, e questa sensazione tattile è massima in corrispondenza dell' angolo inferiore della scapola. Nel complesso si ha un rumore molto rassomigliante a quello che fa un cavallo che mangia la biada. Sembra che il Marescalchi abbia acquistata una tal quale destrezza nel produrre il rumore con grande intensità, ed anzi mostra di compiacersene.

È superfluo discorrere di tutti i ragionamenti, per spiegare il fenomeno, fatti da me e da altri colleghi che poi videro quest' individuo. La prima idea che mi si presentò, e che sostenni in seguito, si fu che avendo il Marescalchi pel pregresso essudato pleuritico subita una assai rilevante deformazione del torace, con atrofia della muscolatura inserviente alla respirazione, attesa la lunga immobilità del medesimo, ne avvenisse che l' angolo inferiore della scapola e la sua superficie anteriore ineguale scivolasse quasi a nudo sulle coste, donde la formazione del descritto rumore. Io certamente non compresi tutta

intera la condizione anatomo-patologica che stava a base del fenomeno, ma mi vi avvicinai moltissimo, come apparisce dal caso seguente che vidi poco tempo dopo.

CASO II. — *Deformazione del torace sinistro da pregressa essudazione pleuritica; scroscio scapolare; tumor bianco al ginocchio sinistro; tisi pulmonare; morte.*

Busacchi Raffaele di Gesso (Provincia di Bologna), di anni 30, di derivazione non buona, visse sempre sano fino al 27° anno di età, nella quale epoca per avere lavorato sudante in un ambiente fresco, venne colpito da dolore puntorio al torace sinistro; ad onta di ciò proseguì a lavorare per un mese, ma alla fine fu costretto ad entrare nello Spedale con febbre e grave dispnea, dove rimase per circa due mesi, uscendone abbastanza bene ristabilito. La diagnosi fatta fu di *versamento pleuritico sinistro*, e la cura consistette in un vescicante al torace, e joduro di potassio all' interno. Poscia ammalò di tumor bianco al gomito destro, per cui gli venne amputato il braccio al terzo superiore. Entrò nel mio servizio dello Spedale Maggiore il 16 Febbraio 1872 per un tumore al ginocchio sinistro, che dal medico visitatore era stato giudicato una semplice monoartrite reumatica.

Tratto dall' anamnesi ad esaminare gli organi del torace, fui subito colpito da una notevole deformazione del lato sinistro, che stava in perfetta relazione colla preceduta pleurite. Nell' ordine di idee in cui mi trovava in quel momento sul rapporto fra deformazione toracica e scroscio scapolare, volli ricercare la conferma o meno della aggiustatezza della mia interpretazione, e fatti eseguire all' infermo gli indicati movimenti della scapola,

percepii col tatto e coll' udito il già descritto rumore, solo di alquanto minore intensità. Rimasto alcun tempo nella mia sala, il 20 Marzo successivo, pel carattere prettamente chirurgico assunto dalla malattia del ginocchio, venne l' infermo trasferito nel servizio del Prof. *Massarenti*, dove morì il 19 Agosto, essendosi formato un tumor bianco, ma principalmente per lo sviluppo di una tisi pulmonare. Queste notizie, nonchè la relazione necroscopica, mi vennero date per iscritto dagli assistenti chirurghi Dott. *Marcello Putti* e Dott. *Luigi Medini*, essendo io allora assente da Bologna.

Necroscopia. — Vaste piaghe di decubito, l' una sul trocantere destro, l' altra sul sacro, con scopertura delle ossa. Artrite fungosa del ginocchio sinistro, con discreta copia di pus nel cavo articolare; distruzione delle cartilagini d' incrostazione, osteite epifisaria e seno fistoloso sul condilo interno del femore. Nel torace aderenze pleuritiche diffuse in ambo i lati, più sode a sinistra, dove esistevano grosse pseudo-membrane di antica data; caverne agli apici pulmonari. Nulla di notevole nel cuore e nei visceri dell' addome.

I muscoli superficiali della regione dorsale appariscono tutti atrofici e pallidi. Sollevata la scapola sinistra, si nota una vasta borsa mucosa, contenente un liquido viscoso e trasparente, di forma irregolarmente ovale, col diametro maggiore di 7-8 centim., il cui margine inferiore arriva circa due dita trasverse al di sopra dell' angolo inferiore della scapola. Questa borsa è collocata fra il muscolo infrascapolare, estremamente atrofico da lasciare quasi a nudo la faccia anteriore della scapola, ed il muscolo gran dentato, pure atrofico al massimo grado, ed anzi presentante in un punto corrispondente al centro di detta borsa una perdita di sostanza irregolare, in fondo alla quale si vedono due costole (la 5ª e la 6ª), scoperte

pel tratto di 3-4 centimetri, di colore grigio rossastro, a superficie scabra, con tessuto osseo rammollito, potendovisi spingere entro un sottile specillo. Tali lesioni non si riscontrano nella scapola destra corrispondente al braccio amputato. —

Con questa necroscopia resta chiarita la causa dello scroscio scapolare in questi due casi di deformazione toracica per pleurite pregressa.

É notevole la forma di corrosione delle superficie ossee su cui la scapola esercitava il maggiore attrito, la quale non rassomiglia a nessuno dei noti processi morbosi delle ossa attesa la mancanza di prodotti infiammatori, e che non può essere che una specie di atrofia per compressione molto analoga a quella che si forma nel tessuto osseo per la vicinanza di tumori aneurismatici (1). É poi facile ad intendersi la esistenza di una vasta borsa mucosa in questa località, poichè l' osservazione clinica ci ha insegnato che si formano borse mucose accidentali in qualsiasi punto dell' apparecchio muscolare e cutaneo, dove per sopravvenuti rapporti anormali si eserciti un insolito confricamento.

Memore di un importantissimo lavoro del Professor *Concato « Dei segni diagnostici fisici nella tubercolosi pulmonare incipiente. - L'Ebdomadario clinico 1863* » dove parla fra le altre cose dell' atrofia unilaterale degli sterno-cleido-mastoidei, che esso trovò dipendere dalla

——

(1) Si sa che pel contatto con un aneurisma le ossa dapprima prendono l'impronta delle sue forme esterne, poscia il loro periostio scompare, il parenchima è messo a nudo, e questo è distrutto per un' alterazione *sui generis*, senza presentare traccia di carie nè di necrosi, senza alterazione nelle parti vicine e senza suppurazione. Alcune volte però vi si congiunge ancora una vera carie. *(Nèlaton)*.

diminuita mobilità del torace nel lato corrispondente all' apice pulmonare su cui dapprima s' inizia il processo; volli ricercare in vari tisici del mio servizio se per atrofia in genere dell' apparato muscolare respiratorio si ottenesse il fenomeno dello scroscio. Infatti lo riscontrai parecchie volte, però sotto forma di un fremito molto leggiero, percettibile col tatto ma non coll' orecchio a distanza, dal lato dove la lesione pulmonare era più avanzata, ma più spesso sopra ambidue le scapole egualmente, ed una volta anzi dall' opposto lato; per cui forse qui è semplicemente effetto dell' attrito fra le due ineguali superficie, l' anteriore della scapola e la cassa toracica, attrito che è permesso dalla denutrizione dei muscoli interposti, abbia essa una origine locale o generale.

Ora vengo a descrivere l' altro fatto annunziato, in cui a prima giunta parrebbe che il fenomeno in discorso dovesse avere un' origine al tutto differente.

CASO III. — *Crampo delle cucitrici; scroscio scapolare.*

Righi Raffaella di Bologna, d' anni 22, guantaia, di buonissima derivazione, fu sempre sana da bambina, e solo nel 12° anno, dopo una passeggiata sui colli nella estate, contrasse una paralisi del settimo di destra, la quale guarì dopo una ventina di sedute di elettricità indotta, e 5-6 bagni a vapore. Al 14° si presentò la mestruazione, che seguì regolare per circa un anno, sebbene scarsa, quando d' estate tuffatasi mestruante nel canale di Reno, repentinamente cessò, senza provare molestie, rimanendo un leggier grado di leucorrea. Per non ritornare più su questo argomento, aggiungerò solo che ricomparve nel Gennaio 1871, ed ora ricorre regolarmente, ma sempre scarsa.

Un mattino dell' inverno del 1868, messasi al suo lavoro di guantaia, notò che le cadeva l' ago dalle dita ogniqualvolta faceva l' atto d' impiantarlo, provando inoltre un senso di rigidezza al pugno nel ritirarlo; e se durava nel lavoro, risentiva un senso di stanchezza ed un indolentimento lungo l' esterno del braccio fino alla punta della spalla ed al collo, e talfiata ancora all' angolo inferiore della scapola, fenomeni che col ripetersi la costrinsero a desistere affatto dal cucire. Quattro o cinque settimane dopo, ella dice, un giorno nell' attinger acqua come di solito, avvertì coll'orecchio un forte rumore alla spalla destra senza dolore di sorta. Impaurita di ciò, non che del singolare disturbo che le impediva di lavorare, ricorse ad un medico, il quale sperimentò varie cure, ma quella sola che parve arrecasse miglioria, anzi temporanea guarigione del crampo per cinque mesi circa, fu l' applicazione di un vescicante alla regione scapolare, continuando però sempre immutato lo scroscio predetto. Nell' estate del 1871 essendosi presentata all' Ambulatorio clinico del Prof. *Concato*, fu quivi sottoposta ad una cura elettrica con apparecchio d' induzione, eseguita dall' assistente Dott. *Giovanni Marchi*; il quale faradizzando i vari muscoli dell' arto superiore destro e della spalla ebbe a rilevare un distinto grado di atrofia della muscolatura della regione scapolare, reagendo però in modo normale i singoli muscoli all' azione della corrente. Le sedute furono una trentina, e non se ne avvantaggiò nè riguardo all' uso della mano, nè riguardo al rumore, e solo si ottenne in parte la rinutrizione della muscolatura. Il 16 Febbraio entrò nel mio servizio dello Spedale Maggiore.

Il suo stato di salute è eccellente, nè esistono traccie di malattie pulmonari pregresse; è di robusta costituzione e discretamente pingue; le facoltà intellettuali svegliatis-

sime. Persistono i fenomeni del crampo delle cucitrici e dello scroscio scapolare. All' invito di provarsi a cucire, si osserva che nell' atto del pungere il tessuto coll' ago le due ultime dita della mano destra si estendono, e pare che il medio non riesca a spingerlo avanti. Sensibilità cutanea e motilità dell' arto interamente normali; nessun punto doloroso sul tragitto dei grossi tronchi nervosi, nè sulla spina. L' ispezione della regione scapolare non mostra che in minimo grado l' atrofia della muscolatura constatata nel decorso estate; gli spazi intercostali sono alquanto depressi da ambo i lati. Il palpamento non lascia scorgere anomalie nè sulla faccia posteriore della scapola, nè su quella porzione dell' anteriore che è accessibile alla esplorazione delle dita, le quali tanto nel lato sano che nel malato penetrano poco profondamente fra gli angoli inferiori delle scapole e la cassa toracica, atteso lo spessore del pannicolo adiposo sottocutaneo. Tutti i movimenti della spalla si eseguiscono con regolarità, e apparentemente colla stessa forza che dal lato sano. Negli estesi movimenti alternativi di innalzamento e di abbassamento del braccio destro all' esterno ed in alto, col relativo scorrere della scapola, si ode anche a grande distanza lo scroscio, e col tatto se ne rileva la massima intensità all' angolo inferiore della scapola. Facendo eseguire gli stessi movimenti, però col braccio portato in avanti, il rumore è meno forte, sino al punto da non prodursi più affatto se, esagerando, si fa portare il braccio destro verso sinistra.

Il giorno dopo l' entrata, vista l' inutilità della faradizzazione già messa in pratica, ed incoraggiato dal temporaneo successo avutosi anteriormente col vescicante, mi decisi di ricorrere di nuovo a questa stessa cura, e di fatto feci applicare un vescicante alla faccia interna del braccio sul fascio nerveo-vascolare, ed il 4 Marzo un

secondo alla regione scapolare, proibendole di servirsi della mano per cucire. Il 19 Marzo uscì dallo Spedale, e dopo una quindicina di giorni di riposo ritornò al suo lavoro di guantaia, continuando così fino al presente, come ho potuto io stesso verificarlo alcuni giorni fa. Soltanto prova talune volte un certo grado di stanchezza nel braccio e nella spalla, massime lavorando nei guanti colla macchina, motivo per cui quasi sempre lavora a mano.

Se avessi osservato il fenomeno dello scroscio in questa ragazza prima degli altri casi, e prima di potere avere il controllo di una necroscopia, sarei stato molto imbarazzato nella scelta dei vari modi d' interpretazione che mi si offrivano dinanzi; ma nello stato presente delle cose, ammessa la quasi indentità del fenomeno in tutti i fatti narrati sia riguardo alle modalità del rumore come alla sua sede originaria all' angolo inferiore della scapola, si sarebbe in certa guisa autorizzati a ripeterlo senz' altro da analoga cagione. É vero però che l' esame fisico ha esclusa qui qualunque probabilità di preceduta pleurite, nè mostravasi deformazione del torace; soltanto l' anamnesi ci insegnava che il fenomeno dello scroscio fu notato dall' inferma alcune settimane dopo la comparsa del crampo, circostanza alla quale non si poteva rifiutare un certo valore. Restava dunque a trovarsi un nesso razionale fra l' esistenza del crampo delle cucitrici e la causa prossima dello scroscio, che secondo la predescritta necroscopia consisterebbe forse nella scopertura di alcune costole, ma in ogni modo in una avanzata atrofia dei muscoli che giacciono fra queste e la scapola.

Per rispondere a tale questione io già mi posi i due seguenti quesiti:

Il crampo degli scrivani (cui naturalmente va assimilato il crampo delle cucitrici) è egli sempre limitato ai muscoli della mano e dell' antibraccio, o può talora esten-

dersi l' affezione ad altri muscoli dell' arto superiore, compresa la spalla?

Ammesso quest' ultimo fatto, produconsi nei muscoli affetti alterazioni tali capaci di spiegare la esistenza dello scroscio scapolare?

La letteratura medica mi somministrò alcuni dati che mi posero in grado di avvicinarmi alla soluzione del problema.

Il *Duchenne* avendo analizzato nella sua pratica molti fatti assai svariati di crampo degli scrivani, ha creduto di scorgere in questo disordine transitorio, che si manifesta solo durante l' esercizio di certi movimenti volontari ed istintivi, alcune differenze di natura, ora cioè contrazioni continue dolorose od indolenti, ora contrazioni cloniche o tremolio, ora infine una paralisi, donde il nome di *spasmo funzionale e paralisi* da lui dato a codesta malattia. Caratteristico della forma paralitica si è che in qualche caso di crampo degli scrivani non esiste nè la contrattura nè lo spasmo dei muscoli, ma invece la parte durante la funzione muscolare viene di tal guisa colpita, che sopravvenendo un senso di estrema stanchezza la penna cade dalla mano, e l' arto rimane come inchiodato sul tavolo senza che si possano muovere le dita. In un caso un suo infermo risentiva fatica nella spalla a livello della regione scapolare, e qui egli ritiene che la malattia avesse sede nel muscolo sottospinoso (1).

L' affezione adunque, secondo questo autore, non si limita ai muscoli della mano e dell' antibraccio, ma può risiedere in regioni assai diverse, e ne convengono an-

---

(1) *Duchenne*. De l' Èlectrisation localisée. Paris 1861, pag. 928 e seguenti. — Nell' ultima edizione del 1872 non esiste nulla di più sui punti citati.

che altri osservatori. Ma l' ammettere ciò ben poco servirebbe per la dilucidazione del mio caso, se fosse vera l' opinione di *Duchenne* sull' anatomia patologica del crampo degli scrivani, di cui in quell' epoca (1861) egli nulla sapeva di positivo, che cioè questa malattia non lascia dietro sè alcuna traccia materiale di sua esistenza (1). Per contrario in seguito si è osservato da altri, che quando la malattia è antica, può aversi *atrofia muscolare*, e non solo nei muscoli che direttamente partecipano all' atto dello scrivere, bensì anche in quelli del braccio (2).

Potendo dunque nel crampo degli scrivani essere presi perfino i muscoli della scapola, e di più aversi atrofia nei muscoli affetti, la dipendenza dello scroscio dal crampo viene qui mostrata possibile, qualora si ammetta che siansi atrofizzati non solo quei muscoli superficiali della scapola che risultarono tali a me, e prima di me al Dott. *Marchi*, ma anche quegli altri più profondi, inaccessibili all'esame fisico, che stanno fra la faccia anteriore di questo osso e la cassa toracica. La scopertura poi delle costole, causa prossima forse del rumore, sarebbe poi avvenuta pel forte soffregamento che accade negli usuali movimenti della spalla e del braccio fra le due opposte ineguali superficie della scapola e del torace, separate fra loro da uno strato muscolare reso assai sottile della malattia. Nè, secondo me, contro l' atrofia dei muscoli infrascapolare e gran dentato ha molto valore l' obbiezione che nella ragazza tutti i movimenti della spalla e del braccio si eseguivano normalmente, poichè si eseguivano pure

---

(1) Loco citato.

(2) *Jaccoud*. Trattato di Patologia interna. Napoli 1872, tomo 1° pag. 493.

benissimo nel Marescalchi, ed anche nel Busacchi, in cui già abbiamo avuta la conferma della necroscopia. La possibile presenza sotto la scapola di una borsa mucosa contenente liquido in copia spiegherebbe lo stato non molto denutrito della regione scapolare. E se taluno, da ultimo, volesse opporre che lo scroscio succedette al crampo a troppo scarsa distanza di tempo (poche settimane soltanto), sapendosi che l' atrofia muscolare in questi casi subentra solo a malattia avanzata, risponderei che trattandosi di epoca abbastanza remota, è permesso di credere, senza fare violenza ai fatti, che l' inferma per errore di memoria abbia alquanto ravvicinate le date.

In base alle cose dette in questa nota di leggieri si comprende come lo scroscio scapolare non debba essere rarissimo, e credo verrà constatato da altri osservatori, se vorranno ricercarlo, segnatamente nei casi in cui per pleurite essudativa rimase rilevantemente deformata una delle due metà del torace.

RENDICONTI ACCADEMICI

ACCADEMIA DELLE SCIENZE DELL' ISTITUTO DI BOLOGNA

Sessione ordinaria, 13 Marzo 1873

L' Accademico pensionato Cav. Prof. *Camillo Versari* Vice-Presidente legge la sua Memoria d' obbligo col titolo — Appendice all' esame critico sulla tesi. *I Mestrui derivano dalla ovoluzione.* — Sette anni or sono aveva Egli fatto argomento delle sue indagini la tesi predetta e l' aveva risoluta con molta e dichiarata propensione alla negativa: oggi coll' esame e col giudizio portato sopra nuovi fatti da lui e da altri os-

servati e raccolti, conferma con maggiori e più gravi prove ed argomenti le sue anteriori deduzioni e questo riduce ad assoluta affermazione. E mostrato da prima come la mestruazione non possa farsi derivare dai fatti anatomici che nell' ovaia accompagnano la rottura del follicolo di Graaf, raccoglie osservazioni d' altri e riferisce un caso da lui osservato di intero e libero prolasso di utero nel quale era manifesto che il sangue mestruo fluiva direttamente dalla mucosa uterina.

Ulteriori argomenti favorevoli al suo modo di giudicare ricava dalle numerose osservazioni registrate negli Annali delle Scienze Mediche, di donne che non essendo mestruate o cessata che ebbero la mestruazione restarono tuttavia incinte, od anche che furono mestruate solo durante la gravidanza. Fra questi argomenti tiene di grande rilievo i non pochi fatti di vicarie mestruazioni o per vie insolite, e tanto più quanto più siano manchevoli di consenso o simpatia colle ovaie e se molto lontane dalle medesime; così pure valuta i molti fatti dei rimedi riconosciuti validi a ricondurre i mestrui per le vie consuete ed a regolarizzarli, di che passa alle indagini sull' azione terapeutica dalle sostanze emmenagoghe e ne induce che esse hanno un' azione di eretismo nerveo vascolare sull' utero e sull' intestino retto, e alcune sull' intera economia; considera inoltre come la prevalente qualità venosa del sangue mestruo corrisponda meglio al concetto terapeutico e che male corrisponderebbe invece quando si volesse dire: che gli emmenagoghi agiscono sulle ovaie e che per l'eccitata ovoluzione producono gli spurghi mensili dovuti secondo l' Accademico alle vene principalmente: concetto che si approssima al vero, per osservazioni sue, di amici e di alcun sommo; ma le prove più convincenti trae Egli dall' esame dei fatti nei quali la mestruazione si mantenne in donne che sezionate diedero a vedere gravemente alterate e lese le ovaie non solo, ma anche in donne alle quali fu praticata la ovariotomia e per sino di tutte e due le ovaie. Fra gli stranieri ricorda il *Keberle* per avere questi recentemente giudicato, la mestruazione indipendente dall' ovoluzione perchè più volte l' osservò in donne operate di ovariotomia, così anche fra noi venne nella stessa sentenza e per la stessa ragione il chiarissimo Dott. *Ruggi* che ebbe qui operate due donne di ovariotomia di una sola ovaia, ma nelle quali anche la rimasta era profondamente lesa ed alterata; così colle anteriori e colle ultime osservazioni più risolutamente nega: che la suddetta funzione dipenda dalla ovoluzione. Coordinando l'Accademico lo studio attento dei numerosi fatti e di diversa natura da lui esaminati stringe il suo dire nelle seguenti conclusioni.

Che l' ovoluzione non può più ammettersi quale sorgente o causalità dei mestrui: che l' assenso di molti nell' accoglierla per ispiegare l' origine dei mestrui non fa buona prova: che a risolvere dispute è vano il semplice argomento del comune consenso: e ancora che tale di scienziati: che a rassicurarci la sana e retta intelligenza dei fenomeni, più della autorità e del raziocinio puro, vale raccorre e bene esaminare i fatti: che il valore di questi non è numerico, ma consiste propriamente nell' intrinseco spirito loro: che anche un solo fatto, o pochi, sottoposti ad accurate e savie indagini sorgono a giudicare dirittamente, e han possa di sovvertere, o rovesciare dottrine e teorie lusinghiere, per ciò abbracciate già dall' universale: che le ipotesi ingegniose, come quella di *Negrier*, seducono molti e possono condurre al torto: che quindi fa mestieri commetterne il giudizio alla esperienza, anche pel retto consenso dei più grandi sperimentatori.

Sessione ordinaria, 20 Marzo 1873

L' Accademico Prof. *Ciaccio* legge un suo scritto — intorno alla minuta struttura della congiuntiva umana — il quale egli conclude con le proposizioni qui appresso.

1. La congiuntiva dell' occhio umano nelle tre porzioni, in cui dagli Anatomici è stata generalmente distinta, non ha la medesima struttura. Perchè nella congiuntiva che veste tanto le palpebre, quanto la parte anteriore del bulbo dell' occhio l' epitelio è pavimentoso stratificato, e il corio mucoso è fatto nella prima di sostanza connettiva citogena, nella seconda di fascetti connettivi ordinari con appena qualche orma di corpuscoli linfoidi nella condizione sana: per contrario nella congiuntiva così detta *reflessa* l' epitelio è cilindrico stratificato, sebbene il corio mucoso sia medesimamente che nella congiuntiva palpebrale composto di sostanza connettiva citogena.

2. In tutte e tre le summentovate porzioni della congiuntiva non v' han vere papille, le quali costantemente svaniscono a un millimetro circa di là dal labbro interno del margine libero delle palpebre; e quei rialti papillari di diverse figure e grandezze che d'ordinario si osservano in quella porzione della congiuntiva che cuopre il tarso, quando ella è veduta dalla superficie, o vero in tagli sì longitudinali come trasversi, non sono altro che i tramezzi di sostanza connettiva citogena che partiscono l' un dall' altro gli otricelli glandulari di *Henle*.

3. Le glandule della congiuntiva umana sono di tre ragioni, cioè le une racemose (Glandule di *C. Krause*), le altre tubulose ramificate (Glandula tarsea superiore *Ciaccio*), e le altre otricolari (Glandule di *Henle*).

4. I follicoli linfatici sono scarsissimi nella congiuntiva dell' occhio umano e riseggono per lo più in quella porzione di essa che dagli anatomici è chiamata *congiuntiva reflessa.*

5 I vasi sanguigni della congiuntiva sono oltremodo numerosi, ed essi nella loro finale distribuzione formano reti differenti per la forma e grandezza delle maglie, dalle quali reti si sollevano anse vascolari più o meno composte solo in quelle parti della congiuntiva, dove si trovano le ghiandoline di *Henle.*

6. Il numero de' vasi linfatici della congiuntiva è proporzionato a quello de' vasi sanguigni, nè essi alla circonferenza della cornea comunicano, per verun modo che finora si sappia, con l' ampio reticolo dei corpuscoli corneali.

7. Le fibre nervose della congiuntiva altre sono sensitive, altre vasomotorie. Le prime sono midollate, e finiscono parte ne' così detti corpuscoli di *Krause*, o in speciali gomitoli nervosi e parte in fibre pallide, le quali, dopo essersi alla parte superficiale della congiuntiva intrecciate tra loro per vario modo, si addentrano nell' epitelio. Le seconde sono sfornite di midolla, e alcune camminano insieme con le fibre nervose sensitive, altre insieme co' vasi sanguigni, e pare che il modo come terminano sia in rete.

8. Nel tessuto connettivo della caruncola lagrimale v' ha un gran numero di fibre nervose midollate che circondano il follicolo e si addentrano nella papilla di quei peluzzi, che costantissimamente si osservano impiantati in essa caruncola; i qual peluzzi sottilissimi e d' ordinario non distinguibili dall' occhio nudo, sono verosimilmente da tenere per strumenti tattivi.

Il Prof. *Francesco Selmi* comunicò poscia un nuovo processo, più speditivo di quelli già noti di *Stas* e di *Usslar*, per la ricerca degli alcaloidi nei visceri. Consiste nell' esaurire dapprima i visceri coll' alcole di concentrazione ordinaria, inacidendoli se non lo fossero; feltrare il liquido; evaporarlo a blanda temperatura fino a consistenza sciloppos a e trattarlo allora con idrato pastoso di barite, e barite caustica polverizzata. Se ne ha una materia soda, che si disgrega macinandola con sabbia silicea, o vetro pesto, e si dibatte con etere purissimo, dalla cui evapo-

razione spontanea si ritrae l'alcaloido. Pel complesso delle operazioni non occorre più di un giorno e mezzo a due.

Valendosi del processo indicato estrasse da ventricoli umani, a cui erano state commiste, la nicotina e la brucina: e valendosi poi dell' acido jodidrico jodurato di una data composizione, giunse ad ottenerle cristalizzate con forme speciali per ciascuna e sì ben determinate e caratterische da potersi sicuramente precisare.

Riferì inoltre con quali diligenze e cautele si deve operare per la buona riescita delle ricerche, e fece manifesto come la lunga pratica sempre più lo abbia confermato nella persuasione, che nello esperimentare in tossicologia occorra un abitudine *ad hoc*, senza che si corre rischio di non iscoprire il tossico quand' anche vi sia, specialmente allorchè non ne rimanga che qualche frazione di milligrammo nei visceri da esaminare.

Il Prof. *Giambattista Fabbri*, accademico dell' ordine de' Benedettini, presenta all' Accademia bell' è gettato in ferro fuso il bacino obbliquo-ovale, che illustrò egli stesso colla Memoria letta nella Sessione 2 Gennaio del corrente anno. — Tale bacino in ferro è destinato a sperienze e ad esercitazioni di ostetricia operativa, secondo il metodo da lui adottato nella sua Scuola. — Una piastra metallica che, quando si voglia, può stabilmente applicarsi al lato più spazioso, ne accorcia i diametri trasversali, e ne muta la forma obliqua-ovale, press' a poco, in quella che hanno i catini schiacciati trasversalmente.

Nel bacino obliquo-ovale in discorso il *Fabbri* ha stimato opportuno di studiare sperimentalmente la parte meccanica del fatto pratico gravissimo, che si passò nella Clinica di Firenze, come egli ebbe raccontato nella summenzionata Memoria. Lo scopo al quale ha mirato è stato quello d' indagare se siavi modo di sconnettere e demolire la base del cranio, con qualche agevolezza per l' operatore, e senza pericolo d' offesa per gli organi materni; quando la testa è incuneata, la craniotomia non basta, gli strumenti traenti (cranioclaste, uncini ec.) sono insufficienti o di un' applicazione estremamente difficile; e intanto non è concesso ricorrere al cefalotribo, allo sfenotribo di *Hubert*, al forcipe sega e simili.

Ecco in che modo racconta egli stesso una delle sue sperienze, nella quale gli furono assistenti il Dott. *Domenico Severi*, e il Dott. *Ercole Federico Fabbri* suo figlio.

« Ho preso il cadavere di un feto maturo, e in ottime condizioni di freschezza, e ne ho collocata la testa dentro l' ingresso del catino, in presentazione del vertice, coll' occipite a sinistra e posteriormente. Col trapano craniotomo dell' *Assalini* ho fatto un' apertura, che si è trovata sulla satura sagittale in prossimità della grande fontanella. Introdotta per quel foro una grossa tenta nel cranio è stato facilissimo riscontrare il gran forame occipitale, le tre fosse della base, e le prominenze che le separano, cioè a dire le apofisi petrose del temporale, le piccole ali dello sfenoide e la sella turcica. Tolta via la tenta, ho messo dentro il cranio una robusta forbice ostectoma, a lame diritte, e quasi ottuse nella punta. Con questa, mantenuta chiusa, ho ripetuto l' esplorazione fatta colla tenta. Poscia, impugnato lo strumento con ambe le mani, mi sono successivamente diretto a tutti i tratti saglienti della base, e apprendo e chiudendo colla forza necessaria le lame della forbice, ho tagliato e rotto tutto ciò che veniva mano mano ad essere preso da loro.

In breve tempo i frantumi delle ossa erano così sconessi che una pinzetta a quattro denti insinuata nel cranio ha potuto portarne fuori alcuni, piuttosto grandicelli, e senza fatica.

Ho conservato nello spirito di vino la testa che servì a quella sperienza, ed ora mi fo un pregio di sottoporla, o Signori, al vostro esame.

Voi vedete che le due pareti laterali del cranio, sotto una leggiera pressione delle dita, arrivano a mutuo contatto. Il diametro bi-malare si riduce ad avere un 5 centimetri circa.

La base del cranio esaminata dal lato della cavità è così floscia che si direbbe quasi disossata. La cute non presenta alcuna lesione venuta dall' interno del cranio. Il che significa che la forbice, la quale ha lavorato con tanta efficacia, non è uscita dai debiti confini. Effetto questo che deriva sicuramente dalla forma delle punte accennate poco sopra. In grazia della lieve acutezza e della molta rotondità loro (come potete verificare voi stesssi nella forbice che vi presento) le due lame possono far presa negli spigoli e nelle masse saglienti, ma sopra una superficie tutta eguale le due estremità scorrono, e la forbice si chiude senza addentar nulla.

Il risultato che ho ottenuto mi fa sperare che, in altre circostanze di questo genere, il processo che vi ho descritto potrà essere messo in opera nella pratica ostetrica con ragionevole lusinga di buona riuscita.

Forse in alcuni casi potrà essere utile che le lame della forbice siano un poco curve sul piatto. Potrebbe anche darsi che una tanaglia incisiva di forma e dimenzioni convenienti servisse egualmente bene. Questi strumenti non li posseggo ancora, ma si stanno costruendo, e daranno occasione ad esperienze ulteriori ».

Sessione ordinaria, 27 Marzo 1873

L' Accademico pensionato Cav. Prof. *Giovanni Brugnoli* legge la sua Memoria d' obbligo che intitola — Contribuzione alla pratica della toracentesi capillare negli essudati sierosi pleuritici. — Colpito l'Accademico delle sinistre successioni che tengon dietro ai copiosi essudati pleuritici, si fa a prendere in considerazione il solo mezzo di cura diretta che siavi in questa bisogna, la toracentesi. Toccati i principali punti della storia di essa da *Ippocrate* fino alla toracentesi capillare negli spandimenti moderati e cogli apparecchi di aspirazione, ed eziandio a scopo di rischiarare la diagnosi, trova che non sia stata usata quanto il bisogno e l'opportunità richiederebbe, e per così dire non sia ancora discesa dal campo della scienza in quello della pratica ordinaria e comune. Animato da felici risultati conseguiti ad estendere la pratica della toracentesi e accumulata una serie rilevante di fatti di qualche importanza ha stimato utile cosa il chiamare l' attenzione dell' Accademia a questo interessante argomento.

Da prima l' Accademico parla delle sinistre conseguenze che porta la pleurite essudativa, e cioè della morte per la difficoltata funzione del respiro e quindi del circolo sanguigno; della morte improvvisa per sincope, o per trombo nelle arterie pulmonali, che talvolta pure fu osservata; della trasformazione dell' essudato sieroso in purulento e delle sue gravi successioni; della lentezza del riassorbimento dell' essudato che abbisogna di quattro, sei mesi e più; delle incancellabili deformità che rimangono nel pulmone, nella forma del torace e nella posizione dei visceri, le quali inceppando nel parenchima pulmonare il circolo sanguigno danno luogo a stasi, o flussioni ed a flogosi parziali lente, e così la pleurite in un soggetto nel generale deteriorato dalla lunga malattia, o con cattive disposizioni dà origine alla etisia, come appunto non di rado si osserva.

Poco potendosi contare sulla cura indiretta ne risulta per l' Accademico il bisogno di provvedere colla toracentesi, come è stato proposto

e praticato da alcuni distinti medici fra quali nomina *Trousseaux*, *Guerin*, *Patin*, *Cattaneo*, *Behier* ed altri.

All' Accademico non sembra poi opposizione rilevante il timore di ferire l' arteria intercostale, il quale viene assai dissipato dallo studio anatomico e dall' esperienza clinica; e neppure quello di ferire il pulmone quando però il medico fissi bene in prima la situazione dei diversi organi, e preferisca in regola generale la puntura nel sesto o settimo spazio intercostale nella linea ascellare. Il convertirsi dell' essudato sieroso in purulento, il suppurare e cangrenarsi della ferita, il formarsi un pneumopiotorace sono le conseguenze che spesso hanno portato a triste fine gli operati di toracentesi e per esse molti, fra quali un tempo fu il disserente, abbandonarono e proscrissero, e proscrivono tuttora la toracentesi. Ma quando a prevenire tutto ciò, attribuito all'adoprare l'incisione, al servirsi di un grosso trequarti, al lasciar penetrare aria nella cavità delle pleure, è stata commendata la puntura con trequarti sottile e quasi capillare e colla porzione di budello alla *Reybard*, l' Accademico tornò a vagheggiare la pratica della toracentesi nella pleurite essudativa; e portato da necessità al primo tentativo, dai buoni risultati ottenuti fu indotto ad estenderla sempre più. A provare quindi l' utile che può dare la toracentesi, e la sua assoluta incolumità si fa a riportare in breve una serie di osservazioni e come un resoconto della sua pratica.

Nella prima osservazione, che fu il primo tentativo da lui fatto colla puntura capillare, riferisce di un giovane avente una pleurite sinistra nel massimo periodo di adesione, scavo e infiltramento caseoso al terzo superiore del pulmone destro, il quale colto da pleurite destra con essudato copioso ebbe tale dispnea che portava ad imminente soffocazione; colla toracentesi riparò interamente a tutti gli effetti di questa complicazione, e così bene che l' Accademico si decise di praticarla quando fosse bene manifesto aversi copiosissima raccolta producente rilevanti disturbi funzionali. Dei venti casi che ha raccolti in cui si ebbe nel breve periodo di alcuni giorni la guarigione riporta cinque osservazioni nelle quali la toracentesi portò fuori da un Kilogrammo, a due e anche più di siero fibrinoso, e la guarigione ebbe luogo in venti, quindici e fino in undici giorni.

La pleurite essudativa essendo talvolta secondaria di tubercolosi, di cancro, di ascessi del pulmone di carie di ossa ec. non potrà la toracentesi dare sempre felici risultamenti. Ma anche qui ha portato rilevanti vantaggi, ed è stata innocua; alla prima osservazione riferita sopra, ne aggiunge altre tre, due nelle quali eravi flogosi pulmonale cronica ca-

seosa, e col tempo si ottenne guarigione; nell' altra carie della colonna vertebrale; non si ebbe anche in queste rinnovazione dell' essudato.

Riporta pure altre tre osservazioni in cui la malattia terminò colla morte; nella prima sopravvenne una bronchite capillare diffusa ad ambedue i polmoni, constatata pure coll' autossia; nella seconda dopo 20 giorni dalla toracentesi e questi passati in uno stato ove tutto prometteva guarigione, insorgono sintomi di febbre miliare che in breve porta morte senza che la pleurite essudativa presenti esacerbazione; nella terza vi sono sintomi e dati da ritenere che la pleurite fosse secondaria a cancro della pleura.

Aggiunse pure a prova dell' assoluta inocuità della toracentesi capillare di averla praticata ancora in un caso di essudato areolare per cui non furono estratti che 50 grammi di siero; in altro con essudato semisolido, ed in cinque altri casi per constatare l'empiema; e mai s' incontrò in sinistri incidenti, mai s' accorse che fosse stato ferito il pulmone; soltanto in due casi si rinnovò lo spandimento sieroso.

Fatta la puntura, come fu detto, attende con pazienza che il liquido scoli spontaneamente coll' aiuto dei moti respiratori e della posizione del malato; e se abbisogna di introdurre nella cannula per deostruirla uno specillo o candeletta, procura bene e sempre che non s' introduca aria. Non si è trovato in generale molto contento degli apparecchi di aspirazione e teme che la troppa violenza usata colla suzione a vuotare la raccolta possa tornare dannosa. Dichiara da ultimo che ricorse alla toracentesi sol quando lo spandimento era copioso e completo, che era abolito il murmure vescicolare, spostati i visceri, ampliato il lato toracico, la pleurite aveva sorpassato il massimo dell' acutezza, ovvero quando vi erano complicazioni da renderla necessaria, od anche era richiesta per constatare la diagnosi di empiema e per iniziarne la cura.

Sessione ordinaria, 10 Aprile 1873

L' Accademico pensionato Dott. *Carlo Soverini* legge la sua Memoria d' obbligo che ha per titolo — La vaccinazione pubblica, e l' epidemia del vaiuolo nel Comune di Bologna dal 1° Luglio 1870, al 30 Giugno 1872. —

Con questo lavoro l' Accademico si propone di riferire il risultamento delle sue osservazioni sulle vaccinazioni pubbliche tanto animali che umanizzate operate nel Comune di Bologna nei predetti due anni, in re-

lazione ancora ai casi di vaiuolo che nello stesso tempo si verificarono; e ciò all' importantissimo scopo di contribuire a rischiarare la questione, se nella pratica della profilassi vaccinica il metodo *umanizzato*, ovvero l' *animale* debbasi preferire.

Incomincia quindi a narrare come il metodo *umanizzato* fosse fin dal principio della vaccinazione generalmente adottato ed accolto ovunque con una fede quasi universale; e che accusato in seguito come probabile cagione di addivenire il veicolo di esiziali germi all' organismo umano e particolarmente del sifilitico, una tale probabilità venisse realmente posta fuori di dubbio dalle osservazioni ed esperienze appositamente istituite. Di qui ebbe origine il metodo *animale* il quale inauguratosi a Napoli dal *Galbiati* nel 1810, col mantener vivo nella specie bovina mediante non interrotti trapassi il *cow-pox* spontaneo, e continuato dopo la morte di lui dal *Negri* venne finalmente nel 1864, introdotto in Francia dal celebre *Palasciano*, e solo in questi ultimi sei anni diffuso realmente nelle principali città d' Italia. Questo nuovo modo di vaccinare trovò i suoi grandi oppositori, e così nacque l' ardua questione se al metodo *animale* o all' *umanizzato* dovesse darsi la preferenza. Questione che non può essere rischiarata che dai fatti nuovamente osservati.

Premessi questi pochi cenni storici passa l' Accademico all' esame comparativo dei due sistemi di vaccinare. E qui ammettendo pure che la vaccinazione *umanizzata*, fosse realmente alcuna volta il veicolo del *virus* sifilitico non può a meno di non convenire con coloro i quali pensano che ciò sia avvenuto per incompetenza di giudizii o per abuso d' empirismo, e che tolte queste biasimevoli cause estrinseche ed usate tutte quelle altre cautele consigliate dalla scienza e dalla esperienza, perchè una tale operazione eseguita con linfa umanizzata abbia un esito sotto ogni rapporto felice si potrà essere come certi non venirne alcuna sinistra conseguenza agli innestati con tale materia. Ugualmente si potrà evitare, usando della vaccinazione *animale*, il pericolo attribuitole da alcuni di potere trasmettere all' uomo la tubercolosi bovina od altre malattie di cui può essere affetta la vacca stessa, sia colle opportune preventive visite fatte da valente Veterinario prima dell' inoculazione della vitella, sia, ed anche meglio, coll' uccisione, ed autopsia della medesima inanzi di servirsi delle pustole vacciniche da essa lei presentate come è stato consigliato e praticato nel Belgio.

In quanto poi all' altra imputazione mossa contro la linfa umanizzata di essere cioè degenerata o fallibile, sia per gl' innumerevoli, trapassi

dall' uno all' altro umano organismo, sia per averla allontanata dal terreno suo naturale quale è quello della vacca, l' Accademico, dopo avere ricordato che la facoltà preservatrice del vaccino fu ritenuta sempre temporanea, e che un' assoluta e perenne immunità non è concessa neppure dallo stesso vaiuolo arabo, si affretta a dichiarare che una tale quistione mentre è della più alta importanza è ancora di una grandissima difficoltà; e che torna opportunissima cosa il preparare appunto materiali valevoli ad illuminarla e possibilmente risolverla.

A questo nobile intendimento dice l' Accademico registrai tutto quanto mi occorse di osservare in proposito nei predetti due anni, e così potei radunare un materiale non iscarso che raccolsi nelle dieci tavole addimostrative che sono unite alla mia memoria. Tavole che fanno conoscere le prove, che davanti la epidemia vaiuolosa, fece in questo comune la vaccinazione *animale* a fronte dell' *umanizzata*; registrano i casi di vaiuolo, e vaiuoloide in relazione all' età, e alla gravezza dei vaccinati e non vaccinati d' onde in fine le brevi conclusioni che ho stimato derivarne.

Coll' ispezione quindi delle prime cinque tavole si rileva che le vaccinazioni pubbliche eseguite nel nostro Comune negli accennati due anni ascendono alla ingente somma di 7,004; delle quali 1,183 operate nel Forese con linfa umanizzata ad eccezione di sei che vennero fatte con *detrito* animale conservato in capsule di cristallo. Le rimanenti 5,821 vaccinazioni furono eseguite nella sala comunale di città e nel seguente modo: cioè in quanto a 1,789, con 47 vitelle vaccinifere in altrettante sedute ed in quanto a 4,032, con linfa umanizzata e da braccio a braccio in 93 sedute. Si rileva pure che rispetto alla forza di attechimento il *detritus* animale si è mostrato inferiore nelle prime vaccinazioni, superiore invece nelle rivaccinazioni. In fatti esso ha dato l' 82,91 per 100 di esiti felici ne' primi vaccinati, il 51,40 per 100, nei rivaccinati; mentre la linfa umanizzata ha dato il 98,79 per 100, nei primi vaccinati il 45,74 per 100 nei rivaccinati.

In quanto alla forza premunitiva dei due *virus* recentissima essendo fra noi la vaccinazione *animale* pubblica, non si può da essa esigere questa seconda prova di confronto. È da notare però che nessun caso di vaiuolo o di vaiuoloide ebbe finora a verificarsi nei vaccinati col *virus* animale della nostra sala.

Passando poi ad osservare le ultime cinque tavole si affaccia tosto alla mente che sopra 345 vaiuolosi vaccinati con linfa umanizzata si hanno 51 morti e cioè il 14,78 per 100, con questo però che due soli di

questi appartengono ai 27 vaccinati di recente, e questi furono vaccinàti mentre avevano il vaiuolo in casa, vale a dire avendo già nel proprio organismo il germe del morbo in istato di incubazione. Rispetto all' età si osserva che nei vaccinati l' attacco del vaiuolo è stato ascendente dalla nascita fino ai 20 anni, massimo dai 21 ai 30, discendente dai 31, ai 40 e così progressivamente fino ai 90 anni; il che dimostra che la immunità dei vaccinati va indebolendosi mano mano che ci allontaniamo dal primo innesto fino ai 20 o 30 anni circa, per poi rinvigorirsi dai 30 anni in su.

Al contrario in 393, non vaccinati si trovano 138 morti e cioè il 35,11 per 100, con grande attacco, e col massimo di mortalita dal principio della vita ai 5 anni; attacco che diminuisce gradatamente fino al periodo della vita compreso dai 16 ai 20 anni, in cui risale e molto più poi in quello dai 21 ai 30 da superare nel numero, ma non nella mortalità i primi anni di vita, per quindi ridiscendere dai 30 anni in poi. Nei primi anni di vita adunque si verifica un' immunità presso che assoluta nei vaccinati ed un attacco presso che massimo di vaiuolo nei non vaccinati; dai 16 ai 30 anni una decisa diminuzione di immunità nei primi, un deciso aumento di disposizione nei secondi in confronto di quelli che all' eta intermedie appartengono.

Quanto ora è stato stabilito sulla immunità della vaccinazione viene confermato dalle cifre che ci sono somministrate dalla vaiuoloide. Imperocchè mentre nel vaiuolo su 783 malati abbiamo 393 non vaccinati e 345 vaccinati, nella vaiuoloide all' incontro su 223 malati, abbiamo 200 vaccinati e 14 non vaccinati col minimo di preservazione dai 16 ai 30 anni; dal che scaturisce la necessità che in genere si ha della seconda vaccinazione non più tardi dello spirare del terzo lustro di età.

Giova poi il notare che se alli 126 morti di vaiuolo non denunziati si aggiungesse la cifra proporzionale dei guariti ascendente a circa 494 si verrebbe a stabilire che il totale dei vaiuolosi durante l' ultima epidemia sarebbe stato nel nostro Comune non di 961 con 195 morti come si rileva dal prospetto generale (tav. X) ma sibbene di 1,501, con 321 morti.

Il vaiuolo nell' ultima epidemia avvenuta fra noi non assalì quindi moltissimi individui, giacchè supposto ancora che per le ragioni ora dette il numero degli attaccati ascendesse a 1,581 una tale cifra posta a fronte della popolazione del nostro Comune calcolala in 115,957, darebbe la proporzioae di 1,30 per 100; però se nòn colpì moltissime persone fu molto grave avuto riguardo specialmente al numero dei morti in confronto dei malati (20,.0 per 100).

Il primo caso di vaiuolo fu denunziato il 28 Ottobre 1870 in un facchino della ferrovia abitante in Bertalia, cui ben presto altri casi nello stesso appodiato succedettero. Poco appresso penetrato l' orrendo malanno in città si propagò ad ogni classe di persone; dall' autunno 1870 a tutto il Giugno 1871 con una certa tal quale lentezza, con alarmante rapidità invece nel secondo semestre di quest' ultimo anno per poi restringere gradatamente la sfera de' suoi attacchi nei primi mesi del successivo 1872 sino a finire quasi onninamente allo spirare dello scorso ultimo Giugno. Dei colpiti 30 circa morirono di vaiuolo emorragico, 10 o 12 per sorpavvenute affezioni flogistiche pulmonari, il maggior numero poi per quella condizione patologica chiamata dal *Piorry setticemia*. La cura seguita dagli egregi Dottori *Ercole Galvagni*, e Cavaliere *Ferdinando Verardini* preposti alla Direzione medica del Lazzaretto dei vaiuolosi, dall' Autore nello Spedale delle Esposte e dagli altri Medici che assistettero simili malati nelle case particolari fu in generale la così detta sintomatica, ed aspettativa, come quella che meglio corrispondeva al bene dei malati.

L' Accademico chiude il suo lavoro storico-statistico dicendo che da quanto è stato esposto le conclusioni finali che in ordine alla profilassi vaccinica possono dedursi, per ciò che a lui sembra sono le seguenti:

1. Riguardo *alla forza di attecchimento*, se la vaccinazione animale praticata direttamente con vitella ci diede risultamenti alcun poco inferiori a quelli della vaccinazione umanizzata eseguita da braccio a braccio, non per questo pare se ne debba dedurre la conseguenza della assoluta sua inferiorità; convinti come siamo per le continue nostre osservazioni che tale differenza lungi dal provenire dalla natura stessa *del virus*, debbasi piuttosto attribuire nel caso nostro alla poca cura dei vaccinati o di chi per essi, onde impedire che il *detritus* animale non venga rimosso dal luogo su cui venne applicato prima che ne sia accaduto il necessario assorbimento. Tolto col tempo questa accidentale cagione di insuccesso, massime generalizzando l' uso della lancettina coperta del *Verardini* siamo d' avviso che nella sala pubblica la vaccinazione *animale* uguaglierà seppure non supererà nel buon esito la *umanizzata*, come già si verifica nelle case private e nelle rivaccinazioni (1) in cui il

---

(1) Gli adulti, che si fanno rivaccinare, seguono d' ordinario il consiglio di curare che il *detritus* rimanga al suo posto pel tempo necessario onde sia assorbito.

vaccino animale spiega una forza di attecchimento di una incontrastabile superiorità.

2. Riguardo *alla possibilità di trasmettere malattie virulenti, e particolarmente la sifilide* noi riteniamo che a rimuovere una si funesta probabilità sia preferibile l' uso del vaccino animale tolto dalla giovenca, e da questa passato direttamente all' uomo perchè garentisce contro l' eventuale trasmissione di germi morbosi di cui la specie umana può essere affetta a preferenza della bovina, e specialmente di quello della sifilide; la quale come nel sistema *umanizzato* fu causa di gravi infezioni, così non può essere comunicata all' organismo bovino essendo malattia propria esclusivamente dell' uomo.

3. Riguardo *alla degenerazione e alla fallibilità della linfa umanizzata*, quantunque il non piccolo numero di vaccinati colpiti dal vaiuolo nell' ultima nostra epidemia ce lo facesse a prima giunta sospettare, pure considerando che la mortalità dei medesimi è del 20,30 per 100 minore di quella dei vaiuolosi non vaccinati siamo ragionevolmente indotti a credere che nella maggior parte dei vaccinati il vaiuolo fosse di indole benigna, e quindi scambiato facilmente colla vaiuoloide, per cui la refrattarietà dei vaccinati pel vaiuolo sia stata nella nostra epidemia molto più estesa di quella che dai registri delle denunzie ci è dato rilevare. D' altra parte ammesso puranche che la linfa *umanizzata* sia fallibile, non è però meno capace di virtù preservativa di quello lo fosse per lo passato; restando a stabilirsi il contrario colle prove che ci verranno fornite dal tempo, e dagli esperimenti fatti coll' *animale.*

Laonde mentre attendiamo appunto dal tempo e dalla esperienza nuovi e più stringenti argomenti per confermarci nella opinione circa la preferenza da noi data alla vaccinazione animale in virtù segnatamente delle ragioni indicate nel § 2 di queste finali conclusioni, siamo d' avviso che non debbasi per ora pronunziare una condanna d' ostracismo per la *umanizzata*, convinti come siamo degli eminenti servigi che ha reso, e che può tuttavia rendere alla umanità, massime in tempi di vaiuolosa epidemia qualora sia adoperata colle opportune, e doverose cautele.

Terminata la lettura, il Dott. *Cesare Belluzzi* muove alcune osservazioni relative all' introduzione fra noi della vaccinazione animale, e dopo breve discussione tanto il disserente quanto il Dott. *Belluzzi* accettano la dichiarazione del Prof. *Brugnoli* e cioè, che se egli (il *Brugnoli*) fu primo fra noi a proporre in seno alla Società Medico-Chirurgica la vaccinazione animale e questa fu incoraggiata dal Comm. Prof. *Rizzoli*, fu primo ad iniziarne la pratica il Dott. *Cesare Belluzzi.*

Sessione ordinaria, 17 Aprile 1873

L' Accademico pensionato Cav. Prof. *Giambattista Fabbri* presenta una tanaglia incisiva da lui immaginata e che ha chiamato Cefalotritore interno, da adoprarsi con vantaggio per demolire dal di dentro la base del cranio, nei casi di incuneamento della testa in presentazione del vertice, quando la craniotomia non basti e non possa adoperarsi nè il cefalotribo, nè lo sfenotribo di *Huber*, nè il forcipesega.

Il Sig. Presidente lodando il nuovo istrumento, domanda se colla trivella di *Dugès* non si ottenessero uguali risultati. Il Prof. *Fabbri* non nega che si possano ottenere, ma ricorda il pericolo che vi è, e cioè che attraversata la base del cranio la punta dell' istrumento vada a ferire le parti materne, onde fu che l' *Hubert* per evitarne i pericoli, conservando la trivella, la munì di una branca protettrice. Il Presidente soggiunge che gl' inconvenienti per l' uso della detta trivella possono avvenire solo quando essa sia mal diretta o troppo approfondata. Il Prof. *Fabbri* pur convenendone, osserva che non sempre sono valenti ostetrici quelli che sono chiamati ad usare i necessari istrumenti, e che appunto è bene proporre e consigliare l' uso di quelli che mentre giovano, non possono riescire nocivi anche adoperati senza straordinari riguardi.

Sessione ordinaria, 24 Aprile 1873

L' Accademico Prof. *Francesco Selmi* espose poscia come la Stricnina a somiglianza degli altri alcaloidi possa riconoscersi mediante l'acido jodidrico jodurato, dalla cui reazione produce una magnifica cristallizzazione in lunghi aghi bruni, quali uniti a stella, quali intrecciati variatamente e quali isolati e quali a ventaglio.

Avendo estratta la detta Stricnina dai visceri sì col metodo già descritto in una delle precedenti tornate che cogli altri processi noti, vide con meraviglia che non forniva il prodotto cristallizzato caratteristico quando la faceva reagire coll' acido jodidrico jodurato; onde sospettò che l' impedimento a cristallizzare derivasse dalle impurezze che rimangono coll' alcaloido, e che non si possono separare per mezzo dei solventi. In allora cercò qualche spediente opportuno per riescire ad otte-

nere la detta separazione, e fra gli altri trovò efficacissimo l' idrato piombico, purissimo, e precipitato di recente. Così facendo l' alcaloido (ed in questo caso la stricnina) risulta perfettamente puro, o quasi, e immantinente fornisce i cristalli accennati, e le altre reazioni che gli sono particolari.

In appresso accennò ad alcune avvertenze da osservare per la scoperta dell' acido cianidrico, e ad una nuova versione caratteristica per renderlo manifesto.

Sessione ordinaria, 1 Maggio 1873

L' Accademico pensionato Prof. *Emilio Villari* legge una sua Memoria che ha per titolo — Ricerche sulle correnti interrotte, ed invertite studiate nei loro effetti termici ed elettro-dinamici. —

In un suo precedente lavoro pubblicato nel Nuovo Cimento del 1870 dimostrò che un filo di ferro percorso da una corrente rapidamente invertita si riscalda di più che percorso da una corrente semplicemente interrotta: e che con questa a sua volta si riscalda di più, che con una corrente continua; supposte eguali tutte le altre circostanze. Questi fatti interpretati con la legge di *Joul* mostrerebbero che il ferro oppone massima resistenza alla corrente invertita; minore alla corrente interrotta diretta, e minima alla continua. Nel lavoro ora presentato all' Accademia, l' A. ha cercato di studiare più da vicino codesti fenomeni.

Ed in prima con un metodo speciale, fondato sui fenomeni delle derivazioni, e misurando le correnti derivate, con un' elettro-dinamometro differenziale di sua costruzione, riescì a mettere in chiaro, che il ferro oppone alla corrente invertita od interrotta e diretta una resistenza maggiore, che alla corrente continua. Vide altresì che la resistenza aumentata del ferro per la corrente invertita cresce con l' intensità della corrente, sino ad un certo limite, probabilmente coincidente col massimo di magnetismo del ferro.

Detta resistenza cresce inoltre con la rapidità delle inversioni; sino ad acquistare (quando si adopera un filo di 4mm di diametro) una resistenza 7 ad 8 volte maggiore della normale, con 5 o 690 inversioni a secondo. Per la corrente interrotta e diretta invece, la resistenza aumentata è molto minore e non arriva ad avere un valore doppio della resistenza normale. Inoltre cresce un po' colle intensità della corrente e col numero delle inversioni a secondo. Queste esperienze fatte con le

correnti derivate furono eseguite, oltre che col dinamometro differenziale, anche con dei calorimetri, che misuravano i riscaldamenti dei fili; ed i risultati furono identici in entrambi i modi di sperimentare.

Il fenomeno del maggior calorico svolto nel filo tiene, come ha dimostrato l' A nel suo lavoro, all' oscillazioni più o meno ampie degli elementi magnetici, che accompagnano il passaggio della corrente pel filo di ferro e la sua magnetizzazione: giacchè risulta da molte esperienze, che un filo di ferro si magnetizza *circolarmente* (1) quando una corrente lo percorre longitudinalmente. E siccome per la corrente invertita i movimenti molecolari magnetici sono estesissimi così con questa corrente molto deve essere il calorico svolto nel filo.

Ed inoltre per questi movimenti magnetici si svolgono due energiche estra-correnti; la inversa e la diretta cioè, che potrebbero chiamarsi estra-correnti magneto-elettriche; le quali l' A. ha messe in evidenza in modi diversi; ed esse sono di gran lunga più energiche di quelle che si potrebbero manifestare in un filo di rame teso in linea retta. Ora di queste due estra-correnti, la diretta, per una disposizione speciale del dinamometro, non entra in azione e la inversa invece si oppone allo stabilirsi della corrente primaria nel filo di ferro; il quale apparisce così più residente, di quello che si mostrerebbe per la corrente continua.

Questa spiegazione poi è confortata da due esperienze. Nella prima ha visto l' A. che una spirale, nella quale si svolgono delle estra correnti come nel ferro si comporta assolutamente come quest'ultimo, giacchè sostituita ad esso, nelle sue esperienze col dinamometro, essa agisce come il ferro. Nella spirale però non ci sono i moti molecolari magnetici e non vi può essere sviluppo di calorico maggiore di quello che è dovuto all' intensità della corrente ed alla resistenza propria della spirale. E ciò han dimostrato recentemente *Jamin* e *Roger*. La seconda esperienza che l' A. ha eseguita è stata quella di impedire in parte il movimento degli elementi magnetici del ferro. Perciò ha magnetizzato il filo su cui sperimentava, con una grossa spirale ed intensa corrente elettrica; e così ha indotto nel ferro una polarità magnetica stabile. Ha

---

(1) L' Autore adopera qui l' espressione di magnetismo *circolare* invece di *trasversale* adoperata altra volta, perchè gli pare che esprima meglio l' idea che egli si è fatto intorno a questo magnetismo svolto nei fili.

poscia determinato la resistenza aumentata di detto ferro così magnetizzato ed ha osservato che questa era assai minore di quella che mostrava lo stesso ferro non magnetizzato dalla spirale esterna. La quale esperienza dimostra evidentemente che nel caso di una magnetizzazione ed orientazione fissa degli elementi magnetici questi si possano muovere poco per la corrente che attraverso il ferro. Ossia questo può acquistar poco magnetismo tsasversale e perciò ne viene che minore può essere la estra-corrente inversa che si svolge e quindi minore può essere l'aumentata resistenza sua alla corrente invertita.

Cosichè si potrebbe dire che il ferro pei suoi effetti al passaggio di una corrente agisce quasi come una spirale; che però nasce e si disfà ad ogni nuovo passaggio della corrente. Per la qual cosa la velocità della corrente nel ferro deve essere ed è realmente diversa da quella che è nel rame: e forse anche i fenomeni di induzioni debbano esser alquanto modificati.

Tutti codesti fenomeni sono intimamente legati fra loro e con quelli del magnetismo ordinario del ferro. Ed inoltre da essi dipendono e prendono spiegazione tutte quelle azioni che si manifestano quando una corrente elettrica passa lungo una calamita. Le quali cose saranno più da vicino studiate dall' A. e prossimamente discusse in una nuova comunicazione.

Sessione ordinaria, 8 Maggio 1873

L' Accademico pensionato Comm. Prof. *Silvestro Gherardi* ha inviato una sua nuova comunicazione di notizie relative al celebre *Luigi Galvani*, corredata da documenti, a stampa e manoscritti, che egli offre in dono all' Accademia, come già fece per quelli che corredavano la comunicazione da lui fatta nell' anno scorso sopra lo stesso interessante argomento.

Il Segretario, rendendo conto del nuovo lavoro del *Gherardi*, fa osservare come le notizie in esso contenute assumano importanza e destino non comune curiosità per la celebrità dell' uomo al quale si riferiscono. Riguardano esse: 1° l' origine della famiglia *Galvani* e discendenza di esso fino a noi; 2° diverse composizioni a stampa e manoscritte che hanno attinenza alla di lui vita, e ancora agli studi e scoperta capitale.

Era tradizione nella famiglia *Galvani*, che il *Gherardi* raccolse da un *Pietro Galvani* nipote al nostro, un 30 a 35 anni or sono, che il ceppo della famiglia provenisse da Ferrara, in una chiesa della quale città sussisteva ancora un mausoleo ad un *Galvani*, che il *Pietro* reputava un de' suoi ascendenti.

Bartolomeo Ferriani, Professore di Fisica a Ferrara, confermava la notizia, nel 1841, al *Gherardi* per lettera, che è unita autografa nello scritto. I *Galvani* di Ferrara venivano da Cento; e pare che primo ad andarvi fosse un *Alessandro* che ancora sul principio del 1600, come qualch' anno innanzi, trovasi encomiato quale dotto Professore di Legge, nell' Università di Ferrara in prima, e poscia in quella di Padova; nelle quali Università insegnò pure un di lui figlio, *Marco Aurelio*, che superò in fama ed in dottrina il genitore, e morì in Padova nel 1600. A questo fu eretto il mausoleo nella chiesa dei Teatini a Ferrara colla sua effigie in marmo. Tutto fa credere che dai primi discendenti di questi *Galvani* ferraresi venisse, da tre secoli omai a questa parte, il ramo dei *Galvani* bolognesi. Commenta il *Gherardi* due noterelle, una tolta dall' *Erri* « Delle famiglie antiche della città di Cento », e l' altra fornitagli da un manoscritto di un Sig. *Corradino Albertini*, che l' aveva raccolta dal Dott. *Camillo Galvani*, per sempre più confermare provenuto a Bologna da Ferrara lo stipite del nostro *Galvani*. E posto questo in sodo soggiunge: « A tale riguardo, parrebbe che non fosse niente niente fuor del conveniente di potersi promuovere e suscitare nel Municipio di Ferrara il desiderio e la proposta di partecipare Esso distintamente all' onore e merito, e generosamente alla spesa del monumento al *Galvani* in Bologna, stabilendosi, dal cotanto benemerito Comitato di quello, che, in osservanza del detto riguardo, ad ogni modo nelle iscrizioni scolpite sul monumento un acconcio motto chiaramente alluderà all' origine *ferrarese* in discorso ».

Però mai più saria da accogliersi il sospetto che, prima dei *Galvani* discendenti da quelli di Ferrara, andasse Bologna priva di *Galvani* nativi e propri di essa. Chè l' Accademico prima ricorda una lettera del 1840 di *Ottavio Mazzoni Toselli*, il quale nelle carte dei pubblici archivi trovò fatta menzione di *Galvani* bolognesi fino dai tempi di *Dante*, e poi commenta alcune notizie attinte da un lavoro ms. del *Montefani* sulle famiglie bolognesi, nelle quali si discorre di *Galvani* bolognesi stati Anziani, od altro, fin dal 1301, e di questi riportasi lo stemma gentilizio; che è appunto quello adottato dallo stesso nostro *Luigi*, per sè e i suoi. E discorrendo del padre di lui, *Domenico*, che

fu orefice ed ebbe assisi al suo desco fin *28 figli!*, avuti da tre o quattro mogli, nota come dalla seconda, che fu una *Barbara Foschi*, l' illustre fisico nascesse. « Ma *Luigi*, dice l' Accademico, invece non venne, come è noto, consolato di prole alcuna dalla sua *Lucia!*.... D'onde un giusto rammarico per Bologna, manifestato fin dal cadere del passato secolo; quello di mancarle discendenti diretti del virtuosissimo promotore e fondatore del Galvanismo. Rammarico che andò poi crescendo col veder finire ancora, e rapidamente, l' altra discendenza *agnata* del *Domenico*; per cui deggio, a male in cuore, dare io stesso la nuova, a chi non la sapesse mai: che non che adesso, ma fino dal 1850, circa, *qui in Bologna non esistono più Galvani di questi nostri* (in Urbino, del 1825 circa, ne esistevano, e potrebbero esisterne tuttora); chè il *Pietro*, più sopra ricordato, unico dei superstiti *qui* nel 1839-40, mancò ai vivi appunto verso il 1850. Qui in Bologna è dunque *estinta* questa famiglia, rispettivamente agli *agnati* s' intende; chè quanto ai collaterali discendenti da femmine n' ha ancora dovizia qui, e forse altrove. Mi si lasci esprimere un' idea, un puro pensiero, che occorre adesso adesso. Ed è, che per vivificare e mantenere in Bologna il glorioso glorificante cognome, questo potrebbe essere assunto e congiunto al proprio da qualcuna od anche più insieme delle collaterali famiglie: buona idea, lodevole, a quanto mi apparisce, e conveniente da tutti i lati. Potremmo avere *subito* degli *Aldini-Galvani; Zanolini-Aldini-Galvani; Mattioli-Galvani; Dal Pane-Galvani*, ec. Vorrei che l' attuazione ne fosse fatta con tutte e singole quelle solennità, anco *di forme legali*, che tornano necessarie o grandemente giovevoli alla celebrazione, divulgazione e durevolezza della cosa ».

In quanto alla 2ª parte del lavoro del *Gherardi*, è di singolar interesse: 1° Un sonetto a stampa, pubblicato nel 1759, nell' occasione che venne conferita la laurea dottorale al nostro *Galvani*; il sonetto chiude proprio così:

> Ma che? Degna mercede a tanti stenti (*Nave famosa ec.*)
> Si ricca e gloriosa tornerai,
> Che i tuoi perigli invidieran le genti.

« Si dovrà convenire, soggiunge l' Accademico, che non poi a gran torto mi veniva essa dato e decantato da tanti, che però non l' aveano, *come una meravigliosa profezia, una vera divinazione* de' laboriosi

ma gloriosi successi del *Galvani* ne' suoi studi, de' travagli, delle traversie patite, e delle vicende eziandio della sua capitale scoperta così in vita, come dopo morte. »

Segue: 2° Un opuscolo, che è un' orazione per il Dottorato di *Paolo Galli*, figlio del Prof. *Gio. Antonio*, scritta dal Padre D. *Marc' Antonio Cristofori*, con una lettera dedicatoria del *Galvani*; nella quale chiaramente si appalesa, e l' intima amicizia che gli erasi guadagnata come discepolo dal Padre *Cristofori*, e con quanto affetto ei riguardasse un altro suo maestro, onorandone il figlio.

Poi: 3° Un epigramma latino, a stampa, dedicato al *Galvani* per una sua anatomia disputata nel 1768. « A voi non istò tampoco ad accennare, dice l' Accademico, cosa si fossero quelle cotali Anatomie o Lezioni pubbliche di Anatomia disputabile, e disputa, in latino, con accorrimento di ogni sorta curiosi, in maschera pure, anco provocanti scandali, e di popolo. Se io dovessi mai parlarne mi ricorderei che in un frammento, non ancor pubblicato, de' miei Materiali per la Storia della Facoltà Matematica nell' antica Università di Bologna, sono raccolte sicure prove: che non sola l' Anatomia formava materia di consimili lezioni pubbliche con disputa, ma ancora l' Astronomia, la Rettorica, ec.; che per queste cessarono desse assai prima, più o meno, che non per quella, colla quale durarono fino al 1800; onde nella mia gioventù si parlava ancora di Anatomia disputabile, quasi quasi come di una gran bella cosa da ristabilire; mentre delle altre, Astronomia, Rettorica, ec. disputabili, non sentii motto giammai, come non fossero mai mai esistite. Il perchè mi meravigliai non poco nel vederne primamente le traccie, certissime, nei *Rotoli* più o meno vetusti dello *Studio*, prossimi alla fine del XV secolo, col *Domenico Maria Novara di Ferrara*, il quale però non era di quelli che facevano Astronomia, o Astrologia, disputabile, ma sì soltanto l' ordinaria continua, come primo o comprimario *titolare* della cattedra, non di rado servita, in allora, da due e tre, tra maestri e docenti. Ed ecco perchè erami dato a credere, o sperare grandemente di rinvenire, fra le magre, magrissime carte, *note* e *consultabili*, che si conservano dell' antico *Studio*, una qualche prova che il *Copernico* avesse accudito, un momento almeno, ad un di questi insegnamenti: speranza tornata, purtroppo, a vana vanissima lusinga! »

4° Si commenta, da ultimo, un Florilegio anonimo di versi italiani che fu, con sicurezza da alcuni, attribuito al *Galvani*, ma che il *Gherardi*, suffulto dal consiglio anche d' altri, propende piuttosto a credere, non di Lui, però da Lui ritoccato, forse emendato; od accomodato al

suo genio, in non pochi versi. — E discorrendo su cotali cose, riporta pure un notevolissimo elegantissimo sonetto, che egli, in circostanze al tutto singolari, raccolse dalla viva voce del celebre Prof. *Schiassi*, che glielo recitò coll' enfasi di un giovane vate, in tardissima età. Il sonetto, del quale ignorasi l' autore, in vero d' una bellezza più unica che rara, venne pubblicato, al dire dello *Schiassi*, appena nota la scoperta del *Galvani*; la quale principalmente lo inspirò al poeta, al certo bolognese, o devoto quanto i più amorosi figli all' antica *Madre degli studi*. — Finiamo il copioso sunto dello scritto del Prof. *Gherardi* col riportare la prima quartina del lodato sonetto:

Ed ella è pur elettric' aura ond' ebbe
Muscolo e nervo i moti e i sensi suoi?
Felice te, che quello aggiunger puoi,
Che ad altri invan d' aver ricerco increbbe.

———

L' Accademico pensionato Prof. *Domenico Santagata* legge poscia una sua memoria che ha per titolo — Delle reazioni e dei caratteri propri dell' Atropina per iscoprirla nei casi di avvelenamento da essa. —

Fu mosso a queste ricerche dai lavori di chimica Tossicologica sopra altri Alcaloidi così felicemente eseguiti dal Cav. Prof. *Francesco Selmi*, e da alcuni avvenimenti in questi ultimi anni occorsi in Italia, sia riguardo agli effetti medicamentosi che si sono da essa ottenuti, sia in riguardo alle difficoltà fino ad ora incontrate per iscoprirla nei casi di avvelenamento.

Le quali difficoltà derivando dal mancare fin qui alla scienza tali reazioni dell' Atropina che diano caratteri che la distinguano in modo assoluto da ogni altro alcaloide, impegnavasi il Disserente a cercar di scoprire l' esistenza di siffatte reazioni, rettificando innanzi tutto i caratteri delle reazioni già dagli autori riferite dell' Atropina; e poscia esponendo l' Atropina ad azioni chimiche non prima esplorate o tentate: nel che si dichiara dall' Accademico di avere seguite le traccie che dai suddetti lavori del *Selmi* venivano ad esser segnate. Delle quali nuove esperienze ed osservazioni accenneremo solamente in conciso i risultati che possono considerarsi i più rilevanti.

L' Atropina quando è bollita col liquido di *Bareswil* non dà reazione riduttiva, neppure se fu fatta bollire in antecedenza e per lungo tempo con un' alcali libero.

Col Permanganato di Potassio a temperatnra ordinaria non reagisce; ma elevata la temperatura a 25 o 30 gradi rapidamente riduce l' Acido Permanganico, onde è probabile che l' Atropina nell' organismo col calore animale si ossidi nè più si trovi nell' urina nello stato suo primitivo.

L' Acetato di Atropina trattato coll' Acido Solforico concentrato non dà alcun coloramento, e ciò contro l'asserzione di quelli che dicono prodursi una colorazione violacea passeggiera.

Nè coloramento alcun si produce coll' Acido Solforico e il Bicromato di Potassio, nè col Bicloruro di Platino, aggiuntovi in piccola traccia aiutando ancora la reazione col calore: nè coll' Acido Bromidrico bromurato evaporando a secco su bagno maria.

Si ottiene invece una colorazione di un bel giallo cedrino aggiungendo ad una debole soluzione di Atropina alcune goccie di Soda Caustica e scalbando ad ebollizione finchè il liquido sia ben limpido. Se in allora si fa evaporare fino a secco in capsulina di porcellana, e quando il residuo è caldo ancora si stilla qualche goccia di Acido Nitrico, ma insufficiente per neutralizzare tutto l' alcali, si ha il detto colore cedrino, che scompare saturando coll' acido e ritorna versando nuovo alcali.

Allorquando si abbia una goccia di soluzione di Atropina saturata coll' Acido Acetico si concentra su lastrina di vetro e vi si aggiunge una goccia di Acido Iodidrico Iodurato, si scalda su fiamma di lampada con riguardo, finchè sia svanito qualsivoglia intorbidamento, si copre con vetrino sottile e si lascia raffreddare, esaminando col microscopio, trascorse alcune ore, ma alle volte ancora uno o due o tre giorni, si ottengono cristalli di due qualità (secondo i lavori stessi del *Selmi*), gli uni di colore scuro, parte di forma ovale e terminati in punte ai due estremi, parte in lamine romboidali taluna con apparenza rettangolare, mentre appaiono altri cristalli di forma ottaedrica con due faccie a rincontro verdognole, e due violacee, ma di lievissima tinta le une e le altre, e trasparenti. Se la cristallizzazione fu rapida, e l'acido Iodidrico jodurato è in copia minore, l' Atropina si depone in laminette di aspetto prismatico di color bruno, oppure in cristalli giallognoli.

Impegnatosi ancora l' Accademico a vedere se l' Atropina rigenerata col mezzo dell' Acido Nitrico dai cristalli di Iodo-Atropina su descritti fosse o no perfettamente uguale ne' suoi caratteri chimici e fisiologici all' Atropina originaria o naturale ha trovato, che pei fisiologici, della dilattazione cioè delle pupille, non vi ha differenza alcuna, ma quanto ai caratteri chimici è entrato in sospetto che vi abbiano differenze molto

notabili che non ha potuto per mancanza di tempo rassicurare, ma che dice, proporsene in breve uno studio speciale per aggiungerne alla memoria medesima i risultamenti ottenuti, i quali potrebbero essere di non leggiero interesse.

APPENDICE

Sulla diversa tensione elettrica delle correnti indotte fra circuiti di rame e di ferro. — Ricerche del Prof. *Emilio Villari*, comunicate al Signor Presidente dopo la chiusura dell' Accademia.

Da varie mie ricerche già pubblicate risulta chiaramentes dimostrato, che una corrente elettrica impiega più tempo per istabilirsi in un circuito di ferro che in uno di rame: e le differenze in alcuni casi sogliono essere assai rilevanti. — Da ciò io ammettevo, come molto probabile, che i fenomeni d' induzione non potevano essere del tutto indipendenti dalla natura dei circuiti. Questa supposizione, che non avevo potuto convalidare con l' esperienza, sono finalmente riuscito ora e dimostrare sicuramente. E qui appresso dirò brevemente, e come per *prender data*, di queste mie ricerche e dei risultati ottenuti, e rimetterò ad una prossima pubblicazione la completa descrizione di queste mie nuove iudagini.

É cosa notissima che le correnti indotte sono per la *quantità* di elettricità indipendenti dalla natura dei circuiti inducenti ed indotti. Ora io ho dimostrato che tutt' altro accade per la tensione loro; imperciocchè le correnti indotte fra circuiti in parti di ferro riescono di molto minor tensione di quelle che si svolgono fra circuiti interamente di rame: e ciò bene inteso ammettendo tutte le altre circostanze eguali.

Le esperienze per dimostrare codesto principio furono diverse: qui però io mi limiterò solo ad accennarne qualch' una. Ho alcune volte studiato le correnti indotte fra due spirali di rame, mentre che facevo passare la corrente della pila prima di arrivare alla spirale inducente ora per un circuito di ferro ed ora per uno di rame di resistenze e lunghezze perfettamente eguali, non che piegati in modo assolutamente simili (1). Altre volte invece producevo l' induzione fra una spirale di

(1) Il circuito di ferro era di 60 a 70 metri di lunghezza grosso 5 Mm. ed avvolto a spira di 60 Cm. di raggio. Su questa spira vi era attaccato

ferro o di rame ed una di rame ed interna alle prime; o viceversa inducevo con questa su quelle. Ed in tutti i casi ho sempre osservato che l'introduzione del ferro nei circuiti produce sempre una diminuzione nella tensione della corrente indotta.

Per istudiare le correnti indotte e conoscerne le rispettive tensioni, ho misurato il diverso magnestismo da esse prodotto in sotlili aghi da cucire stati in precedenza ben ricotti. A tale scopo i detti aghi erano messi in una spiralina di fili di rame i cui capi comunicavano con la spirale indotta, indicata più sopra; e la diversa intensità magnetica degli aghi era misurata con un magnetometro opportunamente situato. È qui da avvertire che le esperienze debbono esser fatto principalmente con la corrente indotta inversa, ossia di chiusura, giacchè la indotta diretta è quasi della stessa tensione, sia coi circuiti di rame sia con quelli parzialmente di ferro. Ora adunque sperimentando con la corrente indotta inversa ho costantemente osservato che quella prodotta fra circuiti di rame, magnetizza assai più fortemente gli aghi di quella prodotta fra circuiti parzialmente di ferro. E qui è quasi superfluo il dire che le due correnti indotte osservate al galvanometro producevano sempre eguali deviazioni.

Qui appresso riposto i dati di alcune esperienze eseguite, interponendo nel circuito inducente ora il filo di rame ora quello di ferro. Il magnetismo degli aghi è dato in millimetri delle deviazioni magnetometriche.

---

in tutta la sua lunghezza un filo di rame coperto di guttaperca di eguale lunghezza e resistenza elettrica, e di circa 2 Mm. di grossezza. Ad evitar poi l'effetto delle spirali in alcune esperienze distesi le medesime in modo da avere un lunghissimo filo ripiegato una sola volta sopra sè stesso.

CORRENTE		Magnetismo svolto dall'induzione	Rapporti
Intensità	Passa pel		
0, 122	Rame	6)	0, 75
»	Ferro	4, 5)	
0, 250	Rame	29)	0, 69
»	Ferro	20)	
0, 367	Rame	68)	0, 59
»	Ferro	10)	
0, 431	Rame	107)	0, 59
»	Ferro	63)	
0, 559	Rame	212)	0, 53
»	Ferro	111)	
0, 743	Rame	357)	0, 55
»	Ferro	197)	
0, 848	Rame	462)	0, 53
»	Ferro	245)	

In questo specchietto nella prima colonna sono indicate le intensità delle correnti côn le quali si è sperimentato; nella seconda è indicato la natura del circuito col quale si è sperimentato; nella terza le deviazioni magnetometriche prodotte nei vari casi dal magnetismo degli aghi; e finalmente nell' ultima sono indicati i rapporti fra il magnetismo svolto negli aghi quando il circuito è in parte di ferro e quando è totalmente di rame. — Ora risultano da questi dati e da molti altri, che qui non trascrivo, le conclusioni seguenti :

1. La corrente elettrica indotta inversa, fra due circuiti, uno dei quali è in parte *di ferro*, ha una tensione minore di quella indotta fra due circuiti eguali per lunghezza forma e resistenza elettrica ai precedenti, ma totalmente di rame.

2. Quest' azione del ferro si manifesta assai più energica se si ha cura di invertire la corrente inducente ad ogni nuova chiusura del circuito primario.

3. La differenza fra rame e ferro è quasi nulla per le correnti d' induzione dirette o d' interuzione.

4. L' influenza del ferro cresce con la lunghezza e grossezza del filo adoperato (1) e cresce fino ad un dato limite con l' intensità della corrente inducente.

Dai quali fatti riman confermato che la corrente elettrica impiega un maggior tempo per istabilirsi nel ferro che nel rame; ossia come si era già accennato in principio che la durata dello stato variabile della corrente è maggiore nel ferro che nel rame: giacchè i fenomeni di induzione hanno luogo nel periodo variabile della corrente inducente.

NOTIZIE COMPENDIATE EDITE

Del miglior modo di amministrazione dei fosfati. — *Coirre.*

I fosfati hanno preso da alcuni anni un posto considerevole, e giustamente meritato, in terapeutica. Qui non ricorderemo qual sia l' azione che essi esercitano sui fenomeni di nutrizione, e le conseguenze che ne derivano. Ma il punto sul quale noi intendiamo di richiamare una particolare attenzione, poichè è capitale, si è il loro metodo di amministrazione.

Il fosfato di calce, il solo che deve prescriversi nei casi di cui noi parliamo, è insolubile o troppo acido per poter essere adoperato in pillole a dose conveniente.

(1) Ho sperimentato con fili di ferro di 40 e 70 metri di lunghezza e di 5 Mm. e di 3 Mm. di diametro.

Tuttavia, ingerito nello stomaco, vi si discioglie in piccola quantità in causa dell' acido cloridrico contenuto nel succo gastrico, ed esiste anche allo stato di dissoluzione nel sangue, nell' orina, e negli altri umori dell' economia, in virtù dei diversi acidi con cui trovasi a contatto, e per la sua grande diluzione.

Ma se si volesse amministrarlo allo stato naturale, la parte maggiore passerebbe nelle feci, a pura perdita, ed è ciò appunto che succede per quello contenuto negli alimenti.

Perchè il fosfato di calce dia risultati soddisfacenti è quindi necessario di amministrarlo allo stato di dissoluzione, e si giunse ad ottenerlo così mediante diverse manipolazioni operatorie. Ma il miglior mezzo, ed incontestabilmente il più naturale, si è quello dello stomaco, vale a dire la dissoluzione coll'acido cloridrico. E non vi si aveva pensato, e non si era potuto pervenirvi coi fosfati che trovansi nel commercio.

Se tuttavia si opera su del fosfato bibasico chimicamente puro, alcune goccie di acido cloridrico bastano per discioglierne 1 grammo in 15 grammi di acqua, ossia una cucchiaiata da tavola. Ora, facendo penetrare nello stomaco sotto questa forma il fosfato di calce, il suo assorbimento succede al massimo grado, e senza che occorra di toglier nulla al succo gastrico a detrimento della digestione.

Infatti al giorno d' oggi si sa che è l' acido cloridrico l' acido del succo gastrico, e non l' acido lattico, come si è creduto per lungo tempo. L' acido cloridrico è dunque un medicamento eupeptico per eccellenza. Inoltre, siccome si trasforma dopo il suo assorbimento in cloruro di sodio, si approfitta conseguentemente di tutti i vantaggi prodotti da quest' ultimo agente. É a questo doppio scopo, perfettamente determinato oggidì. (Vedi l' eccellente Traité de thérapeutique del dott. *Rabuteau*). In esso spiegonsi i risultati notevoli che ottengonsi ognora coll' amministrazione dell' acido cloridrico nelle affezioni del tubo digestivo e nelle malattie consuntive.

Gli è quindi col fosfato di calce solubilizzato coll' acido cloridrico, col cloridro-fosfato di calce, che s' otterranno gli effetti i più meravigliosi che già tanto soddisfecero coll' amministrazione di questo rimedio.

Ricordiamo in poche parole le proprietà e le indicazioni del fosfato di calce. Si sa che questa sostanza è indispensabile alla nutrizione, ed occupa il primo posto fra quelle che servono a riparare l' organismo.

Il fosfato di calce è dunque indicato in modo generale ogniqualvolta esiste un indebolimento dell' economia, qualunque ne sia la causa.

Serve nelle anemie da diverse origini, e sopratutto in quelle dove predominano i fenomeni nervosi; vale a dire nei casi in cui precisamente il ferro ed i tonici producono minor azione. E questi effetti sono facili a comprendersi se si pensa alla grande quantità di fosfato che esiste nei tessuti nervosi, e che l' assimilazione è incaricata di rinnovare.

Nelle lunghe suppurazioni e nelle convalescenze difficili.

Nello stato nervoso e nella clorosi.

Nella etisia, in cui noi siamo così poveri di risorse, il fosfato di calce agisce incontestabilmente in modo superiore a quello di tutti gli altri rimedi, e senza far correre pericolo agli ammalati di un emoptisia, come avviene, per es. col ferro o cogli ipofosfiti.

« La sua funzione, dice saggiamente il dott. *Rabuteau*, è doppia nella tubercolosi. Dapprima favorisce, come tutti i sali calcari, la trasformazione cretacea dei tubercoli. In secondo luogo, esercita sulla nutrizione un' azione delle più potenti...... Ricordiamo che i cani non divengono mai tisici. Ora questi animali, come non tutti sanno, ingeriscono molte ossa e per conseguenza molto fosfato di calce ».

Nelle scrofole e nelle malattie che ne sono conseguenza, principalmente nel rachitismo e nel male di *Pott*, come lo provarono, da molto tempo, i risultati ottenuti dal prof. *Piorry*.

Nelle malattie delle ossa, nelle fratture, ove attiva la formazione del callo o la determina allorchè non si produce. (Esperienze di *Blache*).

Nelle donne incinte, nelle nutrici e nei fanciulli, come lo dimostrò già da gran tempo *Mouriès*, l' uso del fosfato di calce diminuisce il numero dei nati morti, fa sparire la debilità nativa, la deformazione delle ossa, la deviazione delle forme regolari del corpo, accelera la dentizione e rende più facile il generale accrescimento del corpo. La natura stessa agisce in questo senso, accumulando pei bisogni del feto, nella donna incinta, il fosfato di calce. (Ingrossamento delle ossa del cranio, osteofiti, e concrezioni fosfatiche del bacino. — Diminuzione dei fosfati nell' orina).

Finalmente, nelle affezioni del tubo digestivo, e specialmente nelle dispepsie per alterazione delle glandole peptoniche, che complicansi così rapidamente di anemia, il cloridrofosfato di calce, — e non più questa volta il fosfato di calce solo, — dà i migliori risultati, e nessuno agente determina altrettanto prontamente il ritorno dell' appetito. Così, in questo modo soltanto, lo si dovrebbe adoperare ogni qualvolta vogliousi rilevare le forze. *(Annali di Chimica, Maggio 1873)*

Della sostituzione del cloruro di potassio al bromuro nell' epilessia. — *W. Sander.*

L' autore usò largamente e per lungo tempo il bromuro di potassio nell' epilessia ed ebbe ottimi risultati; ma facendo attenzione ad alcune esperienze fisiologiche per le quali sembra dimostrato che è al potassio che devesi l' azione esercitata sui nervi, pensò di esperire altri sali a base potassica, e diede la preferenza al cloruro. Egli trovò che il cloruro di potassio dato alla dose del bromuro, cioè a non meno di 5 grammi al giorno disciolto in 200 grammi di acqua produsse negli epilettici i medesimi effetti, e non gli avvenne mai di osservare un sol caso nel quale il cloruro rimanendo inefficace, il bromuro abbia avuto posteriormente maggior successo.

Il cloruro di potassio ha poi molti vantaggi sul bromuro. Esso non produce effetti secondari molesti. Parecchi malati l' hanno preso per parecchi mesi alla dose di 5 a 7 gr., 50 per giorno. senza mai averne alcun inconveniente.

Come viene indicato dai rapporti atomici (2-3) bastano piccole dosi di cloruro per amministrare la medesima quantità di potassio che si dà col bromuro.

Il cloruro è molto men caro del bromuro, il suo prezzo sta a quello di quest' ultimo; come 1 : 6; considerazione importante per gli asili nei quali sono molti epilettici. *(Idem Giugno)*

Trattamento di casi acuti di depositi fibrinosi del cuore. — Del Prof. *Richardson.*

La coagulazione del sangue nel cuore è una complicazione molto frequentemente causa di morte nel croup, nella peritonite, nella risipola, nella scarlattina e nel parto. La coagulazione del sangue si opera nelle piccole vene sotto forma di depositi minimi, i quali portati nel cuore, servono di centro a nuovi coaguli. Il sintomo predominante è la dispnea.

I trattamenti finora esperiti non riescono. Il prof. *Richardson* ne espone uno che ebbe quasi sempre buon successo. Consiste nell' uso del

liquore di ammoniaca della Farmacopea inglese, combinato coll' ioduro potassico.

Per un adulto la dose è di 10 goccie del liquore di ammoniaca, entro acqua ghiacciata, e tre o quattro grani di ioduro potassico, alternativamente ad ogni ora.

Richardson assicura di aver ottenuti effetti assai notevoli. La morte non sarebbe avvenuta che nella proporzione di 3 sopra 100. È principalmente nei casi di croup che questo trattamento riesce, come mezzo da aggiungnersi alla tracheotomia.

Il Sig. dott. *Giovanni Polli* negli « Annali di Chimica applicata alla Medicina » vi aggiunge la seguente nota. — La fibrina coagulata è sempre prontamente solubile negli alcali e sopratutto nell'ammoniaca la quale oltre ad attive proprietà alcaline gode anche quella di essere diffusibilissima nella massa sanguigna. È questa la ragioue per la quale essa riesce a vincere rapidamente le stasi e le incipienti embolie che accompagnano le gravi ubbriachezze, e l' acetonemia. L' alcool ossidandosi nel sangue tende a convertirsi in acido acetico, e questo a saturare gli alcali che normalmente tengono fluida la fibrina; essa quindi comincia a precipitarsi in fiocchi, e ad ostruire i capillari, finchè non venga ridisciolta e di nuovo ricondotta in circolo dal siero ritornato alcalino.

(idem)

Etiologia e terapeutica della pioemia miasmatica. — *Hunter.*

L' autore divide le affezioni pioematiche in due forme principali: pioemia semplice, che è una febbre pioematica prodotta da una infezione diretta o indiretta di puro pus; e pioemia multipla (pioemia metastatica) originata da infezione settica per un trombo, da piaga e da raccolte molteplici di materia proveniente da essa. Le cause della pioemia multipla si distinguono in indirette, ossia che favoriscono la estensione e la moltiplicazione della trombosi, ed in dirette che promuovono la infezione settica delle trombosi.

L' origine delle trombosi è favorita da perturbamenti generali e locali della circolazione, per cui si ha diminuzione della pressione arteriosa e prolungamento della stasi circolatoria in tutto il sistema nervoso od in vene speciali. Alle prime appartengono l' età avanzata, la cattiva alimentazione, le perdite di sangue, la febbre traumatica, malattie inter-

correnti febbrili; alle seconde appartengono i disturbi locali di nutrizione, le legature e compressioni di vene in seguito ad infiammazioni. Il distacco del trombo dà luogo ad una specie di flebite. La infezion settica del trombo è in parte chimica e dovuta alla decomposizione del muscolo e del tessuto connettivo, ed in parte animale dovuta a monadi. (Microsporon septicum di *Klebs*).

Quest' ultimi si sviluppano in gran numero sotto forma di corpuscoli rotondi, molto piccoli, nel sangue che si decompone, nel pus, nell' orina in cui essi vivono in ragione dell' ossigeno ch' essi contengono. Nel muscolo in via di putrefazione, o nel tessuto connettivo immerso nell'acqua, essi muoiono prontamente e sono rimpiazzati da nuclei a forma di bastoni. Le monadi producono localmente infiammazione difterica e flemmone settico. Essi s' introducono in gran quantità nel circolo dando luogo ad erisipele, o ad infiammazioni difteriche del tessuto connettivo sottocutaneo, infezione settica da trombo ed embolia pioemica secondaria. Solamente i vibrioni producono la gangrena locale, a cagione del loro volume e del loro rapporto dell' ossigeno puro; essi non s' introducono nel circolo. La pioemia multipla giammai ha origine dalla semplice embolia o dal trombo infetto, e così pure tutte le malattie traumatiche da infezione non dipendono da introduzione del fungo. La setticoemia primitiva si ha principalmente per veleni chimici, mentre l' affezione difterica è dovuta a lesioni meccaniche o chimiche. La pioemia metastatica, specialmente dei polmoni, molto probabilmente deriva dalla introduzione dell' embolo con monadi nei rami dell' arteria polmonare (migrazione semplice di monadi di *Klebs*). Quest' ultima è forse la via da cui si ha l' infiammazione pioemica delle articolazioni e delle membrane sierose. La cura della pioemia metastatica è quindi essenzialmente profilattica. Le perdite di sangue nelle operazioni debbono essere accuratamente evitate. Le incisioni debbono esser nette e sicure, e debbesi pure evitare nel caso di legature o di schiacciamento ogni contusione di tessuti. La superficie della ferita sia nettata con irrigazioni di fluidi disinfettanti, quale il fluido di *Condy*; le fasce siano imbevute di acido fenico, e si badi bene di schivare una emorragia secondaria. Al pus che si ferma si darà libero esito per mezzo di tubi a drenaggio. Gli ascessi deggiono essere aperti prontamente, si tolgano le fasciature strette, si asportino i tessuti gangrenati, e si cauterizzino le superfici difteriche, o col cauterio attuale, o con l' acido fenico concentrato, che ha azione detersiva; nel caso di eresipele e di linfangiti si può far uso di spalmature di pece liquida, continuando per quanto è possibile la cura della febbre anche per prevenire gli ascessi. *(idem)*

Ectasia ampolare dei capillari del cervello. — Pel dott. *Filippi.*

Alla Società Medico Fisica Fiorentina narrava il dott. *Fillppi* come nel Dicembre 1870, un mese cioè avanti di aver ricevuto negli annali di *Virchow* la memoria del Sig. *Arntd* relativa alla dilatazione ampollare dei capillari della terza circonvoluzione dell' emisfero cerebrale sinistro riscontrata in un caso di afasia, gli accadesse di notare in una donna stata epilettica nei primi anni e morta per eclampsia, una alterazione identica a quella descritta dal citato Autore e che aveva sede nella protuberanza anulare per la estensione di pochi millimetri, senza che la sostanza cerebrale circostante nè il resto del cervello presentasse veruna alterazione e senza riescire a notare qualsiasi altra morbosità in tutto il restante di quel cadevere. Aggiunge poi come nell' Aprile del 1871 accadesse al dott. *Brigidi*, mentre sezionava il cadavere di una lipemaniaca, di imbattersi in una simile alterazione, che egualmente aveva sede nella protuberanza anulare. — E il dott. *Filippi* presenta alcuni disegni di queste alterazioni microscopiche osservate da lui e dal dott. *Brigidi* e sulla lavagna prende ad illustrarle dicendo come oggi la scienza abbia accettato e verificato:

1. Una forma di ectasia ampollare completa, nella quale un punto della parete del capillare si dilata ad ampolla spiegando avanti a sè la membrana avventizia.

2. Una forma sacciforme, che accade in un modo eguale alla prima, menochè invece di essere ad ampolla è a sacco.

3. Una forma dissecante nella quale accade rottura della parete vasale, ed i globuli si stravasano nello spazio linfatico.

4. Una forma nella quale la tunica vasale è integra, ma l' avventizia è ectasica.

5. Finalmente una forma mista che non è altro che la combinazione di queste diverse forme.

Quindi il dott. *Filippi* scende a porre la quistione intorno alla esistenza dei canali linfatici peri-vascolari; e dopo avere brevemente accennata la storia antica e moderna delle ricerche relative al sistema linfatico cerebrale, si ferma più specialmente sullo scritto del dott. *Golgi* di Pavia, e conclude con lo ammettere indubbiamente uno spazio peri-vascolare limitato dalla superficie esterna della membrana interna vascolare e della membrana avventizia.

Finalmente il dott. *Filippi* si fece a mettere in rapporto le alterazioni trovate da lui, dal *Brigidi* e da *Arntd* con i rispettivi atti morbosi e non credè di potere per ora pronunziare in proposito un sicuro giudizio, ma dimostrandosi partigiano della dottrina somatica nelle nevrosi, concluse con le seguenti parole:

1. Esistono l' ectasie ampollari dei capillari del cervello, senza necessaria coesistenza di alterazioni di nutrizione nell' albero circolatorio sia generale che locale, almeno nei due casi da noi osservati.

2. Tali ectasie possono esistere nella sostanza centrale della protuberanza anulare differenziabili con segni macroscopici e microscopici dalla encefalite, dalla congestione cerebrale e dagli atti emoragici liberi intracerebrali.

3. Tali ectasie possono accadere negli spazi linfatici perivascolari, de' quali è ammissibile l' esistenza.

4. Tali forme morbose, quali si sono verificate nell' eclampsia, nella lipemania, nell' afasia sono probabilmente da ritenersi quali effetti morbosi di un intimo pervertimento funzionale del sistema d' innervazione vaso-motoria. *(Lo Sperimentale, Luglio 1873)*

Sulla setticemia. — *Onimus.*

Ecco le sperienze colle quali l' autore sosterrebbe che i batterii non sono la causa dell' infezione putrida.

Prendendo del sangue dei malati affetti da febbre tifoidea, o del sangue di bue o di porco, e mettendo questo sangue su una carta a dialisi che dall' altro lato sia a contatto con acqua distillata, e riscaldando il tutto secondo le indicazioni di *Davaine*, vedesi dopo quattordici ore, l' acqua distallata che trovasi all' esterno intorbidarsi al punto di diventare lattea. Esaminata al microscopio, quest' acqua contiene una prodigiosa quantità d' organismi inferiori, vibrioni, bacteri, ec., assolutamente identici a quelli che vedonsi nel sangue; questi organismi sono molto più numerosi in una goccia di quest' acqua che non in una goccia del sangue a contatto coll' altra faccia della carta a dialisi.

Credendo, come la maggior parte degli autori, che questi organismi inferiori fossero la causa dell' avvelenamento putrido, *Onimus* iniettò alcune goccie di quest' acqua sotto la pelle dei conigli, nel mentre che ad altri conigli iniettava una sola goccia di sangue putrefatto.

I conigli a cui inoculò il sangue morirono tutti dopo brevissimo tempo presentando le lesioni indicate da *Bèhier*; ma nessuno dei conigli a cui iniettò l' acqua che pur conteneva migliaia di vibrioni e di batteri soccombette, nè ebbe nemmeno febbre.

Così questi due liquidi contenenti entrambi gli stessi organismi inferiori della putrefazione, e non essendo separati l' uno dall' altro che da una carta a dialisi hanno un' azione affatto differente.

L' uno, il sangue, avvelenò rapidamente, mentre che l' altro liquido, che conteneva proporzionalmente un maggior numero di organismi inferiori, rimase completamente inoffensivo.

Onimus ripetè le sue esperinze su nove conigli, e sempre ottenne i medesimi risultati. Di più, i conigli che non subirono alcun fenomeno morboso in seguito a queste iniezioni d' acqua carica di batteri, soccombettero dopo una iniezione di sangue putrefatto.

Onimus raccolse inoltre il sangue dei conigli morti avvelenati da queste ultime esperienze. Questo sangue fu trattato nello stesso modo, vale a dire che fu messo a contatto con acqua da cui non era separato che da una carta a dialisi. Quest' acqua, dopo alcune ore, conteneva una grande quantità di organismi; ma iniettata sotto la pelle degli animali non produsse alcun avvelenamento, mentre che l' iniezione del sangue a contatto coll' altra faccia della carta a dialisi fu sempre mortale.

Onimus iniettò inoltre, senza produrre avvelenamento in uno stesso coniglio, e nello stesso giorno, da 40 a 50 centimetri cubi di quest' acqua, di cui ogni goccia conteneva migliaia di vibrioni e di bacteri.

Riassumendo, tutti i conigli nei quali *Onimus* iniettò un liquido contenente sangue alterato, soccombettero più o meno rapidamente, mentre che in sedici esperienze nelle quali iniettò liquidi non contenenti che principii dializzabili del sangue, ed in cui trovavansi quantità enormi di organismi inferiori, non determinò alcun avvelenamento.

Da queste esperienze *Onimus* conchiude:

1. Che il virus dell' infezione putrida non è un fermento organizzato, appartenente alla famiglia dei vibrioni.

2. Che gli organismi inferiori non hanno per sè stessi alcuna azione tossica, che sembrano essere il *risultato* e non la *causa* delle alterazioni putride.

3. Che il virus dell' infezione putrida non è una sostanza dializzabile, ciò che permette di avvicinarla alle sostanze albuminoidi. *(idem)*

Sulla preparazione delle pillole di terebintina. — *Lechambre.*

L' essenza di trementina è consigliata ora frequentemente in certe malattie. Tutti sanno che quest' essenza è di difficile amministrazione; le pozioni che ne contengono hanno un sapore ripugnante, le pillole con essa formolate sono di difficile esecuzione, oppure ogni pillola contiene troppo piccola quantita di trementina, e il più spesso a dose indeterminata. Le capsule o perle, sotto il rapporto della quantita di trementina contenuta, non sono meno indeterminate delle pillole, ed hanno spesso l' inconveniente di versare sulle pareti dello stomaco il liquido puro, che cagiona irritazioni, più o meno vive rigurgitazioni molto sgradevoli, e sovente insopportabili per certe persone.

La formola di *Dannecy*, data dal Giornale di medicina di Bordeaux del 1856, rimedia a questi inconvenienti, ed è la seguente:

Essenza di trementina	100 grammi
Cera bianca	100 »

Si fa fondere a dolce calore, e si lascia raffreddare; poi si aggiunge zucchevo polverizzato, in quantità sufficiente. Dividasi in polveri di cui ciascuna dovrà contenere 39 centigrammi di essenza di trementina. Questi non sono più pillole, ma boli, che possono variare in peso, e di cui la grossezza non permette ad ogni persona di poterle trangugiare; in seguito non è possibile di avere un peso esatto d' essenza in ogni bolo, la massa essendo mollissima. Bisogna aggiugnervi una polvere in quantità sufficiente per poterla dividere.

Egli è per rimediare a questi inconvenienti che noi abbiamo modificato questa formola nel seguente modo:

Essenza di trementina rettificata .	8 grammi
Cera bianca . . . . : . . .	20 »
Essenza di cedro	2 goccie
Zucchero in polvere	9 grammi

Fate fondere la cera nell' essenza, versate in un mortaio, lasciate raffreddare poi aggiungete zucchero, e formate una massa che dividerete in pillole di 25 centigrammi, rotolatele nella polvere di amido, e conservatele in una bottiglia di vetro a tappo smerigliato.

Ogni pillola conterrà esattamente 5 centigrammi di essenza.

Preparate così queste pillole sono facili a prendere, non aggravano lo stomaco del malato, sono di una pronta digestione, e non occasionano sgradevoli rigurgitazioni. *(idem)*

Contribuzione alla storia della congiuntivite difterica confluente, diffusa, ad ambedue gli occhi. — Pel prof. *Paoli.*

Alla Società Medico Fisica Fiorentina l' Autore narrava come durante la recente influenza difterica anginosa si mostrassero insolitamente più frequenti anco le congiuntiviti catarrali gravi, e purulente, e come fra queste alcuni casi decorressero speciali e non comuni, il prof. *Paoli* si dimandava se si poteva denominare quella congiuntivite difterica, o almeno se di difterico ne presentasse qualche attributo pel quale stabilirne una varietà.

Moltiplicandosene i casi, e fra questi uno specialmente, in cui i caratteri erano tanto marcati e decisi da permettere le osservazioni necessarie a stabilire la differenza e la natura di tal morbo, il prof. *Paoli* lo accoglieva nella propria Clinica oftalmoiatrica, ed aggruppandovi le storie di altri due fatti consimili, tutt' insieme formarono per l' Autore il materiale della sua memoria.

Il primo caso si riferiva ad un tal Cocchi Pietro, di Firenze, stuojajo, di anni 40; sempre sano nell' apparecchio visivo per tutto il corso della sua vita.

Il 19 Maggio p. p. entrava in clinica già gravemente malato ad ambedue gli occhi, essendosi esposto a cause fortemente reumatizzanti, dalle quali con certezza ripeteva tutto il suo male che contava già tre giorni di decorso.

Ebbe in prima dolore all' occhio destro con lacrimazione e gonfiore delle palpebre dalle quali sgorgava un umore giallognolo a volte rossiccio, abbondante nei primi giorni, che poi volse al giallo verdastro.

Tal secrezione diminuì fino a cessargli verso il terzo giorno di malattia, per essere sostituita da scolo di materia granulosa, filamentosa, appiccaticcia, poco abbondante. Crebbero allora i dolori, e ben presto ancora l' altro occhio venne preso dai medesimi fenomeni.

Entrato nella clinica in tale stato, si diagnosticava come affetto da congiuntivite difterica, confluente, diffusa.

Le palpebre mostrava gonfie, edematose, imbricate, colorato in rosso paonazzo l' orlo libero di esse, con tensione e dolore tale che era impossibile aprirle.

Dopo l' applicazione di posche fredde si riuscì un poco a dominare la superficie oculo-palpebrale, ricoperta quasi tutta; meno al centro keratico, da una pseudo-membrana densa, biancastra, filamentosa che si poteva lacerare nei suoi stami per esaminare la mucosa sottostante; la quale benchè chemotica, lasciava trasparire un color lucido paonazzo ineguale.

Lo strato pseudo-membranoso aveva somiglianza con quello che risulta da una profonda cauterizzazione della congiuntiva stessa; in alcuni punti poteva misurare la grossezza di 1 millim. in altri di 2 circa.

Decorrendo il 4° e 5° giorno di malattia incominciò a distaccarsi a forma di placca difterica. Fu veduta allora la mucosa sottostante del tutto rossa, a superficie ineguale, con distruzione dei vasi superficiali e profondi, con desquamazione dell' epitelio in un modo molto circoscritto e superficiale. — La mucosa palpebrale invece era più profondamente tesa là dove era stata più densa la crosta fibrinosa; perchè lo stroma congiuntivale distrutto, lo strato papillare in parte ulcerato in parte necrosato, a superficie lucida, ineguale, sensibile, dolentissimo.

La cornea destra opacata in tutta la superficie da una materia bianco cinerea infiltrata fra le lamine e gli strati superficiali delle cellule plasmatiche.

La sinistra offriva il medesimo aspetto, circoscritto però al segmento inferiore.

I dolori intensi, diffusi alla fronte, alle tempie, al sincipite, lancinanti nell' interno dell' occhio — Fotofobia. —

Niun fenomeno costituzionale, meno un certo abbattimento di forze, una certa apatia ed indifferenza per le condizioni gravi della propria facoltà visiva.

In sulla sera i dolori esacerbandosi, il polso si sentiva vibrato, con aumento di calore.

Cura. — Lavanda continna con soluzione di joduro di potassio 1 a 30 a temperatura 38 centig.

Due volte al giorno, rovesciando le palpebre, si detergevano e si applicava soluzione di nitrato d' argento 30 centig. in 30 gr. di acqua stillata.

Successivamente fu sostituita la soluzione jodurata con acqua di calce. Si applicarono unzioni sedative, e per uso interno china e vitto ri-

costituente. Gradatamente si aumentò il nitrato d' argento fino a 50 centigr. per diminuirlo fino a 15.

Al 13° giorno dal male, al 10° dall' ingresso in clinica, lo stato difterico era cessato.

Però le palpebre erano immobili, e tal blefaroptosi durò per 56 giorni ostinata, senza però altre paralisi.

Furono evitate per gran parte adesioni palpebrali: delle due cornee, la destra, restò del tutto opacata; la sinistra, solo sul punto offeso.

2° Caso. — Individuo di 18 anni, scrofoloso, con adeniti suppuranti, il quale 12 giorni prima di entrare in clinica veniva colpito da oftalmia purulenta che non curandola ebbe tempo di comunicarla alla madre e ad altri individui di famiglia.

Questo giovane offriva tutti i gradi dell' oftalmia purulenta all' ultimo stadio: mostrava ancora placche biancastre infiltrate nella mucosa a modo di placche necrosate difteriche; scarsa si faceva la secrezione purulenta; poco il dolore; abbattimento di forze; stupidità.

Si pose in pratica la cura suaccennata: le superficie mucose si detersero, ma restarono necrosate: la palpebra superiore destra si fece totalmente aderente al globo oculare, lasciando appena libero un piccolissimo orlo corneale.

L' occhio sinistro rimase coperto da una pseudo-membrana sarcomatosa come se fosse una terza palpebra.

La cornea tutta opacata — leucomatosa.

3° Caso. — Individuo affetto da blenorragia: s' inocula il pus in un occhio ch' è preso da oftalmia blenorragica purulenta.

Al 4° giorno sembra che il male, convenientemente curato, vada abortendo: senza conoscerne vera cagione, la palpebra superiore dello stesso occhio si cuopre di pseudo-membrana difterica alla superfieie congiuntivale.

Tale congiuntivite difterica, diffusa, distrugge la cornea, lascia un *leucoma* piano con simblefaron.

Descritti questi tre casi di difterite congiuntivale, diffusa, confluente, il prof. *Paoli* svolgeva la differenziale fra questa forma, e quella della congiuntivite purulenta semplice, e della pseudo-membranosa e croupale.

La secrezione della fibrina che nella congiuntivite difterica non è fiocconosa come nella congiuntivite purulenta, l' immedesimazione della pseudo-membrana difterica, la sede di essa che si addentra e si assimila gli elementi della congiuntiva-oculo-palpebrale, una minore iperemia dei tessuti limitrofi alla sede della difterite oculare a differenza di quello

che accade sulla purulenta, sono caratteri distintivi messi in luce dall' Autore.

Dopo ciò si domanda il prof. *Paoli*: Qual' è la causa prossima del male? Come si è propagata tal malattia alla congiuntiva? Per contatto diretto? Per infezione? O per altre cause non ancora ben note? La congiuntivite membranosa e la croupale possono essere state il primordio di sì grave affezione? O sono esse tante diverse affezioni? Una congiuntivite semplice purulenta può aver risentito il genio epidemico?

Per rispondere a queste domande l' Autore passa in esame le circostanze assunte dai casi già narrati; e per la questione contagio, dopo aver dichiarato non porre dubbio sulla contagiosità della congiuntivite difterica, narra l' esito positivo di inoculazione diretta praticata in un coniglio con le materie raccolte dagli occhi del primo malato.

Si domanda poi l' Autore se i casi di congiuntivite difterica gia narrati sieno espressione di una malattia generale, o di un attossicamento primitivo del sangue, oppure, se la difterite sia malattia primitivamente locale, dalla quale derivono poi i fenomeni generali.

Non accetta in proposito l' esclusivismo, sembrandogli più razionale e soddisfacente considerare tal malattia sotto due forme l' una puramente locale e circoscritta, e l' altra infeziosa e grave.

Dopo ciò passa a narrare una influenza di angine difteriche nella popolazione di S. Giorgio a Ruballa, nella quale; nel momento in cui egli ne prendeva cognizione personale; si contavano già 50 bambini morti, e molti adulti presi da manifestazioni difteriche caratteristiche le quali ultime però volgevano a guarigione.

Da questo traeva argomento l' Autore a domandarsi se la causa che ammalò ed uccise i bambini, fosse stata di natura veramente infettante, mentre quella che ammalò gli adulti, fosse stata contratta perchè non se ne fosse cautamente impedita la trasmissione.

Senza pronunziarsi decisamente su questo, l' Autore scende ad esaminare l' opinione di coloro che credono la difterite sia affezione dipendente da piemia: ma allora, dice egli, come spiegarsi i casi nei quali si presentano i più gagliardi fenomeni tossici, quando ancora non sono accadute le metamorfosi degli essudati?

Apprezzando gli argomenti favorevoli alla dottrina della infezione, osserva che se in qualche caso mancano i fenomeni generali, e la malattia si presenta come affezione locale, ciò viene verificato ancora in altre malattie infettive nelle quali non ogni singolo caso riproduce il tipo esatto a cui appartengono.

Termina dicendo, che nei malati da lui osservati per la congiuntivite difterica si verificarono le successioni morbose quali si notano in quelli che ebbero la difterite in altre parti, cioè la paralisi della palpebra superiore; che dura tuttavia nel primo caso ormai già scorso un anno; senza che accadessero valide adesioni palpebrali, e si verificò pure e l' abbattimento di forze, e l' apatia però senz' altra paralisi diffusa ad altre parti dell' organismo. *(idem)*

BIBLIOGRAFIA

Annuario delle Scienze Mediche. Riassunto delle più importanti pubblicazioni dell' anno. — Per i Dottori *P. Schivardi* e *G. Pini*. Milano Dott. *Francesco Vallardi* Editore — 1873.

La suddetta pubblicazione riempie un vuoto che esisteva in Italia, nella quale se per tempo sorsero simili lavori, rimasero più volte interotti, talora ancora pel motivo che non si tennero nei ristretti confini puramente necessari. — L' Annuario delle Scienze Mediche che da tre anni si pubblica fra noi, pare destinato a vivere lungamente, e come prova ne sia il bel numero di 5000 copie che se ne stampa. Bene distribuito ne è il materiale, i singoli articoli sono ben fatti, e l' operetta viene completata da una tavola degli strumenti nuovi e da due buoni indici, l'uno per Materie, l'altro per Autori, i quali facilitano ad ognuno la ricerca degli argomenti che più interessano.

VARIETÀ

CIRCOLARE 3

ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA

Commissione del 5° Congresso Medico di Roma

per la profilassi del Colera in Italia

Agli Onorevoli Comitati dell'Associazione Medica Italiana, ai Medici ed Igienisti in Italia

Come era ben fondato timore fra i Medici, il Colera si è manifestato nella nostra Italia nelle Provincie più prossime ed in rapporto coll' Impero Austro-Ungarico.

Da *Sacile* (Provincia di Udine e stazione di Ferrovia) a *Cessalto* e a *Villanova di Motta* (Provincia di Treviso) ed a *Porto Gruaro* (Provincia di Venezia) si è nel volgere di meno di un mese manifestato il triste morbo su varie parti senza che siasi tentata una efficace coercizione contro i primi casi, aumentandosi di tal modo la probabilità di una minacciosa diffusione.

Se mancarono ai primi istanti quelle immediate disposizioni delle quali il 5° Congresso Medico, e la sua Commissione profilatica pel colera, avevano riconosciuta e promulgata la importanza, e che l' antiveggenza dei Medici avrebbe dovuto applicare, può aversi alcun conforto, dacchè le susseguenti prescrizioni delle Commissioni sanitarie locali, sancite dal Consiglio Superiore di Sanità del Regno, abbiano agito sì da operare per la circoscrizione del morbo.

Dobbiamo intanto andar soddisfatti che il Consiglio Superiore di Sanità assentendo alle dottrine universalmente professate in Italia intorno al principio colerigeno, abbia omai formalmente proclamata la necessità ed il dovere di provvidenze le più assolute di coercizione, ma-

nifestando pubblicamente gli atti di applicazione cui deve attenersi l' intero paese a prevenire o limitare gli effetti del contagio.

Di tal modo i voti del 5° Congresso Medico di Roma sono essenzialmente raggiunti per lo interno d' Italia, ed oggi la scienza e l' azione del Governo possono procedere concordi alla tutela dell' incolumità pubblica. Resta solo che il potere esecutivo — senza ambagi e senza equivoci — assenta e traduca in atto i principii che costituiscono per esso un dovere, e un dritto ineluttabile per l' umanità, che reclama innanzi tutto la tutela della vita e della salute dei cittadini.

Ma il 5° Congresso assegnava pur esso ai Comitati dell' Associazione Medica Italiana una parte di azione nel premunire il paese, chiamandoli a studi, ed osservazioni per cui si potessero attuare con mezzi pratici i principii ammessi nel proprio Consesso. Nel raccoglierli e nel coordinarli a sintesi razionale e proficua consiste il mandato della Commissione profilattica che Vi indirizza il presente ufficio. Nè lasciò dessa di richiamarsi a Voi, e di invocare la cooperazione degli uomini prestanti in scienza affine di costituire un complesso di norme premunitive che avessero la ragione di presentarsi con efficacia di autorità innanzi a tutte le popolazioni del Regno.

Se ci mancò all' opera di comune utilità il chiamato concorso, non è perciò che sia venuto meno in noi l'alto amore di prestarci a beneficio umanitario, laonde si avvalorano i nostri propositi dinanzi al pericolo che ne minaccia. E poichè è d' ordinario il pericolo che muove l' operosità degli uomini, così ripetiamo un eccitamento ai Comitati, ed a quanti vogliono intendere alla preservazione d' Italia, affinchè ai dettati del Consiglio Superiore di Sanità, ed alle disposizioni che si sperano applicate dal Governo, vadano congiunte la scienza e l' attività dell' Associazione Medica e delle individualità preminenti, sì che venga preservazione, o almeno il minor danno alle nostre popolazioni.

Noi faremo tesoro di ogni suggerimento che ci sia comunicato, riportandoci intanto ai consigli emanati colle nostre Circolari del 1 Agosto, e del 15 Novembre 1872, come nucleo delle disposizioni che interessano alla incolumità del paese.

Dal triste fatto della invasione Colerica nel Veneto, per le notizie fin qui attinte, può intanto confermarsi ed indursi:

1. Che le regioni poste a maggior contatto, ed in rapporto libero coi paesi infetti, sono le prime invase: e che i centri ferroviari ed i centri all' emigrazione di ritorno, sono i più esposti.

2. Che i veicoli al morbo sono anche i corsi fluviali per le deiezioni ed espurghi dei corpi infetti che v' immettono.

3. Che le lievi diarree, i casi incompleti o incerti, e perciò soltanto sospetti, possono risolversi nella più crudele infezione.

Donde deriva la necessità di applicazioni congrue, opportune, pronte, efficaci d' isolamento e di espurghi, le quali sasanno tanto più proficue per quanto, a cura dei Comuni, sarà determinato lo spostamento delle famiglie nelle quali successivamente andranno sviluppando i primi casi del morbo, per sino a che sia completata la disinfezione ed il risanamento delle loro abitazioni.

Del resto la vostra Commissione riconosce sempre la urgenza che una istruzione popolare per assiomi, e che sia sintesi della scienza, della esperienza e del consenso dei Medici d' Italia, sia dettata nell' interesse della Nazione: e se non compie essa all' ufficio col designarla alla Commissione esecutiva, è perchè rispetta i limiti del proprio mandato, e misura se stessa dinanzi all'autorità che si reclama per un atto di cotanta importanza. In difetto, supplisca la scienza, l' attività, lo zelo dei Comitati e degli uomini i più prestanti in arte, i quali preghiamo ci sieno cortesi di riferire le disposizioni dei singoli Consigli Sanitari, e i suggerimenti e le opere loro, che vogliono essere oggi più che mai intente a dimostrare come il ceto dei Medici sia congiunto in Associazione e vi si mantenga, non tanto nell' interesse proprio, quanto ad utile della umanità, e nel vantaggio della Nazione.

D' Ancona 25 Giugno 1873.

La Commissione

Dott. Cav. *Gerolamo Orsi* Presidente
Dott. Cav. *Carlo Zucchi*
Prof. Cav. *Giovanni Du-Jardin*
Prof. Cav. *Gaetano Torre*
Prof. Cav. *Francesco Saverio Festler*
Prof. *Filippo Cadorna*
Dott. *Pietro Liberali*

NOTIZIE DELL' EPIDEMIA DI *CHOLERA MORBUS*

Come già viene accennato nella Circolare qui sopra riportata, da qualche tempo il cholera morbus era già entrato nell' Impero Austro-Ungarico, proveniente dalla Turchia e dagli stati limitrofi, ove serpeggiò sempre nell' anno decorso; ma fino dalla metà di Giugno sembra che nella Provincia di Treviso si sieno presentati alcuni casi a Cessalto presso Motta, a Cessalto Molina, a S. Daniele nella Provincia di Udine, ed a Portogruaro e Feglio nel Veneziano. Sembra quindi che in queste tre Provincie il cholera si vada diffondendo finora però in limitate proporzioni. Pare che qualche caso sia avvenuto a Treviso, ed anche ad Udine. In Venezia sono già alcune settimane che ogni giorno è segnato da alquanti casi i quali hanno avuto una progressione graduale, ed il dì 21 Luglio ne furono denunziati 32. Nel giorno 22 vi è stato diminuzione e vogliamo sperare che dessa non sia accidentale ma progressiva e confermi la speranza che questa non sia una delle gravi epidemie di cholera per l' Italia.

Annunzi Necrologici

Nel decorso Maggio la Facoltà Medica di Torino e la Medicina italiana perdeva un' illustre Professore di Clinica Medica, il Cav. *Giuseppe Timermans*, che era una delle prime nobilità del paese e che era fra i Soci Corrispondenti di questa Società Medica Chirurgica.

Nel 27 Giugno cessava la vita al Comm. Prof. *Carlo De Maria* esso pure della R. Università di Torino, da moltissimi anni ivi Professore di Medicina Legale, ed Egli pure ascritto a questa nostra Società, dalla quale ottenne il Premio Sgarzi nell' anno 1842 colla sua Memoria sulle Metastasi. Pubblicò lavori assai lodati; tenne cariche importantissime; fu uomo di cuore eccellente, di mente elevata, da tutti amato e stimato.

Il 10 Luglio altro lutto segnava quest'Accademia colla morte del socio corr. Prof. *Giovanni Forlivesi*, Chirurgo Primario di Faenza. Alla valentia del pratico univa molto sapere e godeva di ben meritata fama.

INDICE

DELLE MATERIE

CONTENUTE IN QUESTO VOLUME XV. DELLA SERIE V.

MEMORIE ORIGINALI

TRADUZIONI E RISTAMPE

RENDICONTI ACCADEMICI

ACCADEMIA DELLE SCIENZE DELL' ISTITUTO DI BOLOGNA

SOCIETÀ MEDICO-CHIRURGICA DI BOLOGNA

NOTIZIE COMPENDIATE EDITE

BIBLIOGRAFIA

VARIETÀ

NOTIZIE COMPENDI≡ EDITE

BIBLIOGRAFIA

VARIETÀ

AVVISO

La **Società Medico-Chirurgica di Bologna** fà noto che nell' anno 1873 continuerà a pubblicare il suo *Bullettino* alle seguenti condizioni:

Si pubblicherà ogni mese un fascicolo di 5 fogli di stampa corredato di tavole, quanto fia d' uopo. 6 fascicoli formeranno un Volume di 30 fogli accompagnato dall' indice delle materie.

Il prezzo dell' associazione annua, che si paga anticipata, è di italiane L. 11 per Bologna, L. 12 franco per lo Stato, e fino al confine, e L. 13,50 franco per l' Estero.

Le Associazioni si ricevono presso la Società stessa in Bologna nell'antico Archiginnasio sotto il portico del Pavaglione.

Gli articoli da inserirsi nel Bullettino, i denari e le lettere devono spedirsi coll' indicazione del rispettivo Nome e Cognome, e franchi di ogni spesa, alla *Società Medico-Chirurgica di Bologna*, ed ove non pervenga cenno di ricevuta col primo fascicolo susseguente, devesi subito far reclamo tanto alla Società, che all' Ufficio postale.

Verrano donate all' Autore di ogni Memoria originale inserita in questo Bullettino copie 25 a parte.

Chi prima della fine dell' anno non avrà avvisato in proposito, si terrà come associato anche per l' anno venturo.